Über den Krankheitsbegriff im Wandel der Zeiten, mit besonderer Berücksichtigung neuerer Anschauungen und Folgerungen

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des

Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Herbert Müller

aus Berlin

Tag der Promotion: 16. 2. 1939

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

M 6

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Siebeck.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Inhaltsübersicht.

I. 1. Vom Wesen der Krankheit in der Auffassung früherer Zeiten bis zum 20. Jahrhundert.
2. Der Begriff „Krankheit" in der Jetztzeit.
a) Wissenschaftliche Definition.
b) Der Begriff in der Versicherungsmedizin.

II. 1. Die Auffassungen von der Krankheitsursache in früherer Zeit.
2. Krankheitsursachen, nach der heutigen Einteilung.
3. Der Begriff „Ursache".

III. Volkswichtige Krankheiten.
1. Infektionskrankheiten, zahlenmäßige Übersicht.
2. Erbkrankheiten.
3. Asoziale.

Zusammenfassung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550804_0185

Schon in den frühesten Zeiten, noch ehe es eigentliche Ärzte gab, versuchte die Menschheit, für den Begriff der Krankheit etwas Erklärendes zu finden. Genau so, wie man den Toten vom Lebenden dadurch unterschied, daß ihm das Belebende, „die Seele" fehlte, nahm man für die Krankheit etwas Einheitliches an. Es ist verständlich, daß bei den völlig unter dem Einfluß übersinnlicher Vorstellungen stehenden Menschen durch ihren Götterglauben, den Glauben an Dämonen, gute und böse Geister, die bösen Geister und Dämonen als das Krankmachende angesehen wurden. Die Krankheit war danach ein Wesen für sich, das von außen an den Menschen herangetragen wurde. Aus dem Dämonenglauben erklärt sich auch, daß Priester die ersten Ärzte waren, die teilweise durch kultisch zeremonielle Handlungen die Heilung durch Austreibung der Geister vornehmen zu können glaubten, teilweise aber auch auf Grund von Erfahrungen mit diesen Zeremonien zweckmäßige Verrichtungen wie Kneten, Massieren, Reiben, Auflegen von Pflanzenteilen auf Wunden u. ä. verbanden. Diese Vorstellung von Dämonen als Krankheitsbringer finden wir in der Medizin aller Völker wieder, bei Griechen, Indern, Babyloniern u. a. Aus diesen Anfängen heraus und der Laienbehandlung durch Priester bildete sich die Medizin. Schon bei den alten Babyloniern finden wir neben den dämonischen Anschauungen parasitäre und humoralpathologische Krankheitstheorien, ebenso wie bei den Ägyptern; nur stand bei diesen über allem das „Pneuma", ein in der Luft enthaltender unsichtbarer Stoff, der durch die Atmung über das Herz sich durch das Blut dem ganzen Körper mitteilen sollte. Es muß angenommen werden, daß diese Vorstellungen des Orients nicht unbeachtet an der alten griechischen Medizin vorübergegangen sind, denn auch bei griechischen Ärzten und ihren Theorien finden wir das Pneuma immer wieder. Den ersten Hinweis auf einen selbständigen Ärztestand in Hellas finden wir bei Homer. Wesentlich für die vorhippokratische Zeit ist die Entwicklung der Naturphilosophie, die später auf das Denken des Hippo-

krates einen starken Einfluß ausübte. So sahen die Jonier das Wasser als den Urgrund aller Dinge an und sprachen vom Warmen und Kalten, Trocknen und Feuchten, wie, nur etwas später, die griechischen Philosophen vier Grundelemente kannten, Feuer, Wasser, Luft und Erde. An dieser Vierheit hielt in seinen theoretischen Betrachtungen über das Wesen der Krankheit auch Hippokrates (384—322) fest. Er stellte in den Vordergrund der Betrachtungen die flüssigen Bestandteile des menschlichen Körpers, die sich ihm in der Hauptsache darstellten als Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle. Durch seine Annahme, daß sich diese Grundflüssigkeiten im gesunden Körper in einem bestimmten festen Mischungsverhältnis zu einander befinden, legte er den Grund für seine in der Geschichte der Medizin als Humoralpathologie eingegangene Lehre. Danach bestand Krankheit in einer Änderung des Mischungsverhältnisses dieser Säfte. Diese recht einfache Lehre erscheint uns heute zwar primitiv, aber es muß betont werden, daß Hippokrates weniger auf den Ausbau einer allen Krankheitserscheinungen gegenüber stichhaltigen Lehre Wert legte, als vielmehr auf das Sammeln von Erfahrungen am Krankenbett. Die Krankheitslehre war mehr oder weniger nur die Unterlage, welche dem Arzt gewisse Richtlinien für die Behandlung an die Hand geben sollte. So ist es kein Wunder, daß sich eine gegensätzliche Lehre herausbildete, die sich besonders mit den von Hippokrates völlig vernachlässigten festen Bestandteilen des Körpers befaßte. Es war dies die von Asklepiades (um 90 v. Z. R.) begründete, uns unter dem Namen Solidarpathologie bekannte Lehre. Durch Demokrits Atomlehre beeinflußt, baute Asklepiades seine Lehre auf der Betrachtung der festen, „soliden", Teile des Körpers auf. Er glaubte, daß sich die Atome zu röhrenartigen Gebilden, die er Poren nannte, zusammenschlössen und ein festes Gebilde darstellten, in dem die als Flüssigkeit beweglich gebliebenen Atome zirkulierten. Gleich, ob nun die Poren zu eng oder zu weit waren, oder eine Anhäufung von Atomen stattfand, oder die zirkulierenden Atome in ihrer Bewegung gehemmt wurden, durch eine solche Änderung wurde das Leben abnorm; sie führte zur Krankheit.

Auf diesen beiden Grundlehren bauten sich andere Krankheitslehren auf, begründet durch die Schüler des Hippokrates

und durch die Methodiker, die sich an Asklepiades lehnten. Der Gegensatz zwischen Humoral- und Solidarpathologie hatte Anregungen zum Ausbau und zur Erforschung der Krankheitslehre gegeben. Reiche Erfahrungen wurden aus der exakten Beobachtung der Kranken gewonnen. Aus dem Wirrwarr der sich widersprechenden Meinungen erwuchs der Wunsch, zu einem einheitlichen Standpunkt zu gelangen. Eine solche Zusammenfassung alles damals Bekannten zu etwas Neuem gelang Galen (129—201). In der Hauptsache allerdings lehnte er sich an Hippokrates an, indem er als die häufigste Erscheinungsform der Krankheit eine Dyskrasie, eine falsche Mischung der Säfte ansah. Anknüpfend an die Solidarpathologie unterschied er Krankheiten der festen Teile in bezug auf Änderungen der Wärme, Kälte, Feuchtigkeit oder Trockenheit der gleichartigen Gewebe, Abnormitäten des Spannungszustandes. Ferner kannte er Krankheiten, hervorgerufen durch Organveränderungen, bezogen auf Anzahl, Form und Lage. Doch damit erschöpfte sich die Lehre Galens noch nicht. Wohl in Anlehnung an die alten Ägypter stellte er über alles das „Pneuma", daß das ganze Leben regelt, auch die Funktionen der einzelnen Organe. Als Sitz des Pneumas nahm er Gehirn und Nerven, Herz und Arterien, Leber und Blutadern an. Ja, Galen erkannte schon richtig, daß die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit eine absolut fließende ist, indem er nämlich einen Zwischenzustand unterschied, der weder Gesundheit noch Krankheit bedeutete, der aber eine gewisse Disposition zu bestimmten Krankheitsformen in sich schließt.

Diese Anschauungen des Galen behielten weit über 1000 Jahre ihre Gültigkeit. Die in Deutschland sich bildende Mönchsmedizin brachte der allgemeinen Medizin keinerlei Vorteil sondern eher Nachteile, indem die Medizin der Kirche nur Mittel zum Zweck wurde. Jede über das herkömmliche Maß gehende Forschung wurde im späteren Mittelalter sogar als Hexerei angesehen. Eine entscheidende Weiterentwicklung des Krankheitsbegriffes fand also nicht statt. Erst als im 15. Jahrhundert das Schwinden des unbedingten Autoritätsglaubens in der Medizin einsetzte, als die Buchdruckerkunst die Möglichkeit weiter Verbreitung von Entdeckungen und Beobachtungen schuf, wurden die Galenschen Theorien erschüttert. Etwa um die gleiche Zeit, als Andreas Vesalius (1514—1564) seine

durch die Zergliederung menschlicher Leichen erworbenen anatomischen Kenntnisse in seinem Lehrbuch der Anatomie „De humani corporis fabrica" niederlegte und darin auch auf diesem Gebiet Galen widersprach, entstand der alten Lehre ein weiterer Widersacher in Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus (1493—1541). Er erschütterte das von Galen aufgebaute Gebäude zutiefst, indem er das ärztliche Denken und Forschen von dem Glauben an die Autorität der „Alten" befreite. Für ihn bedeutete die Krankheit einen abnormen Lebensvorgang. Obwohl er die vier Elemente der „Alten" ablehnt, kann er sich doch nicht ganz von diesen Anschauungen lösen, indem er nämlich, allerdings nur symbolisch, drei Grundelemente annimmt: Sulfur als Symbol für die brennbaren, Mercurius für die flüssigen und Sal für die festen als Asche zurückbleibenden Stoffe. Der ganze Lebensvorgang wird geregelt durch den Archaeus, die „idea operatrix formatrix". Dieser Geist hat seinen Sitz im Magen. Arbeitet der Archaeus fehlerhaft, so entstehen im Körper Ablagerungen, die zur Krankheit führen. Diese ins Mystische spielende Theorie fand keineswegs überall Anklang, und so sehen wir, begünstigt durch die Entdeckungen eines Harvey, Newton und Galilei den Versuch, das Wesen der Krankheit durch physikalische oder chemische Vorgänge zu erklären. Den Jatrophysikern stehen im 17. Jahrhundert die Jatrochemiker gegenüber. Aber auch ihre Lehren brachten nicht das ersehnte Ziel, alle Krankheiten aus einem einheitlichen Prinzip zu erklären, und so war der Boden bereitet, als oberstes Prinzip wieder etwas Metaphysisches anzunehmen. Schon im Altertum hatte man neben der Solidar- und Humoralpathologie zur Erklärung von Krankheiten Veränderungen von dem Körper besonders eigenen Kräften, z. B. das Pneuma, angenommen, eine Vorstellung, wie sie sich noch bei Paracelsus und van Helmont fand. Diese nur den Lebewesen eigentümlichen Kräfte beherrschen es und rufen an ihm die vitalen Vorgänge hervor, gesunde wie krankmachende. Diese Vorstellungen werden zusammengefaßt unter der Bezeichnung Dynamismus. Wird die Seele als wirkendes Moment dieser Kräfte angesehen, so spricht man von Animismus, in reinster Form dargestellt durch die Lehre Stahls (1660—1734). Nach ihm können Krankheiten durch

seelisch bedingte Störungen hervorgerufen werden. Diese Seele hat den Körper zusammenzuhalten und seine Zersetzung zu verhindern. Obwohl seine Lehre nicht allzu große Beachtung fand, bildete sie zusammen mit der von Haller ausgebauten Irritabilitätslehre die Grundlage für die neu entstehende Lehre des Vitalismus. Man war durch die Untersuchungen Albrecht von Hallers (1708—1777), mit denen die experimentelle Physiologie ihren Ausgang nahm, darauf aufmerksam geworden, daß sich ein Muskel auf direkte Reizung hin zusammenzieht, also eine spezifische Erregbarkeit (Irritabilitas) besitzt gegenüber dem Nerven, der nur empfindungsleitend, sensibel und nicht erregbar ist. Aus der Irritabilitas ersah man, daß das Leben den Körperzellen selbst zukam, und man nahm eine besondere Lebenskraft an. Es kam die Lehre des Vitalismus, deren größter und zugleich auch ihr letzter Vertreter Johannes Müller (1801—1858) war. In bewußten Gegensatz zum Vitalismus stellt sich Schelling um die Wende des 18. Jahrhunderts mit seiner Naturphilosophie. Er lehnt die Annahme einer Unbekannten zur Erklärung des Lebens ab und bringt in die Medizin die wohl von Goethe übernommene Auffassung von der Polarität in der Natur. Krankheit bedeutet ihm nichts weiter als eine Veränderung der Erregbarkeit. In einem abnormen Verhältnis von Irritabilität und Sensibilität ist die Krankheit gegeben. Diese Theorie wurde zu einem vollständigen System ausgebaut und weiter verfolgt von Marcus, Röschlaub, Oken u. a. Für Einblicke in das Wesen der Krankheit, für seine Erkennung ganz allgemein war damit nichts gewonnen. Über die ontologischen Ansichten der naturhistorischen Schule des 19. Jahrhunderts führte dann der Weg zur naturwissenschaftlichen Forschung in der Krankheitslehre. Insbesondere die Entwicklung der Pathologie, Anatomie und Physiologie, die Aufstellung der Zelltheorie durch Schwann und Schleiden, drängten direkt zu einer Erneuerung der Ansichten vom Wesen der Krankheit, und es blieb Virchow (1821—1902) vorbehalten, einen neuen Weg zu weisen, indem er in seiner Zellularpathologie die beiden Hauptströmungen voriger Jahrhunderte, die Humoral- und Solidarpathologie vereinigen wollte. „Es wird möglich sein, auch Blut und Nerven von dem Standpunkt der Cellularpathologie aus zu würdigen, und so den alten Streit der Humoral- und Solidarpathologie in einer einigen Cellular-

pathologie zu versöhnen." Er lehnt beide Richtungen nicht etwa kategorisch ab, sondern es „ist beider Standpunkt ein unvollständiger, ich sage nicht ein falscher, weil er eben nur falsch ist in seiner Exclusivität", denn „Aufgabe der Medizin ist es durchaus nicht, alle Krankheiten aus einem einheitlichen Prinzip zu erklären, wie es die Systematiker versucht haben", sondern wir sollen mit allen Mitteln der Naturwissenschaften, der Erfahrung und Beobachtung die Krankheit zu ergründen versuchen und aus dem Vergleich der normalen und pathologischen Anatomie auf die durch die Krankheit hervorgerufenen Veränderungen schließen. Seine Hauptfrage war die „von welchen Theilen des Körpers eigentlich die Aktion ausgehe und was das Thätige sei". Das sind die Elementarfragen, deren Beantwortung für alles Sein, Leben und Krankheit ausschlaggebend ist. Virchow beantwortet sie „durch den Hinweis auf die Zelle als die wahrhaft organische Einheit". Alle Ergebnisse der Physiologie und Pathologie waren für Virchow unlösbar verbunden mit der Zelle als letzter Einheit; von ihr geht alle Tätigkeit, Leben und Krankheit aus. „Sie behält nur so lange ihre Bedeutung als lebendes Element, als sie wirklich nur ein unversehrtes Ganzes darstellt." Die Zelle ist also der Sitz der Krankheit, und die Krankheit drückt sich aus durch eine Veränderung an den Körperzellen. Krankheit bedeutet nach Virchow Leben unter veränderten Bedingungen.

Obwohl die Zellularpathologie uns eine wesentliche Bereicherung und ungeheuer viel neue Erkenntnisse brachte, so „muß eine umfassende Betrachtung der Zellularpathologie und ihrer Wirkungen zu dem Endurteil kommen, daß sie zwar einen gewaltigen, in diesem Ausmaß noch nie dagewesenen Antrieb zu einer neuen Form medizinischen Denkens gab, dessen Hauptziel der pathologischen Forschung zufiel, daß sie aber für die Gesamtmedizin nicht die große Reformation bilden konnte, in der alle Keime einer neuen Entwicklung enthalten waren" (Honigmann). So wurde in der inneren Medizin, zwar unter Berücksichtigung der pathologischen Anatomie, ein neuer Grundpfeiler aufgerichtet, die experimentelle Physiologie, mit der Namen wie Leyden, Frerichs, Naunyn, Ludwig, Heidenhain u. a. verknüpft sind. Auch die Therapie hatte von der Zellular-

pathologie nicht den erwarteten Nutzen, ja teilweise wirkte sich die neue Gedankenrichtung von dem örtlichen Sitz der Krankheit in der Zelle ungünstig aus, indem so der Blick vom Ganzen, von der Beeinflussung des gesamten Körpers abgelenkt und den einzelnen Organen zugewandt wurde. Dies drückt Honigmann in folgenden Worten aus: „War auch Virchows Aufmerksamkeit mehr auf die Zelländerung allein als auf das Organ gerichtet, so ging die weitere Entwicklung folgerichtig darüber hinaus und gestaltete sich zum „Organizismus"," d. h. mit anderen Worten, daß mehr und mehr das Interesse sich lediglich dem erkrankten Organ zuwandte unter Vernachlässigung der Schädigung des gesamten Körpers. So befriedigte auch die Definition des Begriffes „Krankheit", wie sie Virchow uns gegeben hat, nicht restlos. Er bezeichnete die Krankheit schlechthin als Leben unter veränderten Bedingungen, ohne zu sagen, was unter „veränderten Bedingungen" zu verstehen sei. Außerdem drückt Krankheit sich nicht nur aus in einer Organveränderung, in Schmerz oder anderen Körpersensationen, sondern sie beeinträchtigt in der Mehrzahl der Fälle auch die Leistungsfähigkeit des kranken Individuums. Es gehört also zu einer erschöpfenden Definition des Begriffes Krankheit auch, daß die Beziehung der Krankheit zur allgemeinen Leistungsfähigkeit mit berücksichtigt wird. So kommt Krehl zu folgender Definition: „Als krankhaft bezeichnen wir also diejenigen Lebensvorgänge, welche von den bei der Mehrzahl der Individuen der gleichen Art vorkommenden abweichen und dazu beitragen, Leistungs- und Lebensfähigkeit des Organismusses zu beeinträchtigen". Er unterscheidet, wie Albrecht es ausdrückt, zwischen theoretisch und praktisch krank. So ist Mangel an ungebundener Salzsäure auf der Höhe der Verdauung sehr selten und führt im allgemeinen zu Verdauungsbeschwerden, braucht es aber nicht. Obwohl es hier zu einer Abweichung von der Norm der Lebensvorgänge kommt, fehlt die Beeinträchtigung des ganzen Körpers. „Hier beginnen", wie Krehl sagt, „die Grenzen ineinander zu fließen". Nachweisbare Funktionsstörungen irgendwelchen Organismus können Jahre hindurch bestehen, ohne die Leistungsfähigkeit des gesamten Körpers zu beeinträchtigen. „Solch ein Mensch ist in der Theorie krank. Für das praktische Leben würde man ihn so bezeichnen können, es aber nicht zu tun brauchen." Rössle

unterscheidet in einem solchen Fall zwischen Krankheit und Leiden. So ist der nach einer Endocarditis zurückgebliebene Herzklappenfehler in kompensiertem Zustande ein Leiden, im Augenblick der Dekompensation eine Krankheit, entstanden durch einen Mangel an Anpassungsfähigkeit. Die Definition von Ribbert, nach der Krankheit auf Grund von Veränderung funktioneller Vorgänge beruht, hält Albrecht als zu allgemein und zu weit gefaßt, indem sonst „jeder Ermüdete, jeder Mensch mit einer kleinsten Wunde krank wäre. Ebenso wäre es eine Krankheit, wenn die Hände von der Kälte steif werden, wenn am Abgrund Schwindel auftritt, wenn ein plötzlicher Schreck verstummen macht". Was Albrecht an allen vorausgegangenen Definitionen grundlegend bemängelt, ist, abgesehen von anderen Erwägungen, die Tatsache des Fehlens einer Voraussetzung, daß nämlich die Krankheit „ein Vorgang" ist, „der eine gewisse Dauer involviert". Und so definiert er: „Krankheit nennen wir eine Folge von Lebensprozessen eines lebendigen Ganzen, welche eine gewisse längere Dauer hat entsprechend ihrer Zusammensetzung aus drei typischen Teilen (Schädigung, krankhafter Zustand, Heilung bzw. Tod) und welche sich durch mehr oder weniger tiefgreifende, nicht mehr in den Bereich des normalen Lebens fallende Funktionsstörungen des betrachteten Ganzen charakterisiert", wobei unter dem Begriff der Schädigung es sich „um eine mit der Erkrankung im kausalen Zusammenhang stehende, aber nicht um eine direkt der Erkrankung zeitlich vorangehende Schädigung handeln muß". Rössle bezeichnet die Schädigung als unphysiologischen Reiz und „die Unmöglichkeit der genügend raschen Anpassung" als Entstehungsursache der Krankheit. „Wir verstehen unter Krankheit die Gesamtheit aufeinander folgender abnorm starker Reaktionen eines Organismus oder seiner Teile auf einen krankmachenden Reiz; die Krankheit ist also kein Zustand, sondern ein Vorgang mit länger dauernder Störung von Lebensvorgängen, wobei der Gesamtorganismus oder seine Teile geschädigt wurden. Die Schädigung verrät sich in abnorm gehemmter oder gesteigerter Funktion." Schließlich sei noch die von Lenz gegebene Definition erwähnt, die allerdings wieder allgemeiner gehalten ist als die beiden vorhergegangenen. Er geht davon aus, daß alle Lebewesen in ihrer Reaktionsweise der sie umgebenden Umwelt angepaßt sind, daß diese An-

passung aber eine gewisse Variationsbreite besitzt. Volle Anpassungsfähigkeit stellt den Zustand der Gesundheit dar, ihre Beeinträchtigung Krankhaftes. „Unter Krankheit verstehen wir demgemäß den Zustand eines Organismus an den Grenzen seiner Anpassungsfähigkeit." Der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit ist durchaus fließend. Eine sich auf alle Lebewesen beziehende Norm gibt es ebenso wenig wie eine absolute Anpassung.

Die Vielfältigkeit der Anschauungen, und vor allem die Möglichkeit verschiedener Auslegung von Krankheitsbegriffen läßt es erklärlich erscheinen, daß für die Zwecke der öffentlichen Versicherungsmedizin eine besondere Erklärung für den Begriff der Krankheit geschaffen werden mußte. Es handelte sich weniger um die Aufstellung eines neuen Begriffes als vielmehr um eine aus Zweckmäßigkeitsgründen durchgeführte Trennung zweier unscharf ineinander übergehender Begriffe, Gesundheit und Krankheit. Immer wieder entstanden Streitigkeiten und Prozesse bei Entschädigungsansprüchen über die Frage, ob z. B. Kopfschmerzen, Fettleibigkeit, Stuhlverstopfung u. ä. als Krankheit anzusehen seien. Oft konnte dann mit Krehl gesagt werden: „Für das praktische Leben würde man ihn (den betr. Menschen) so nennen können, es aber nicht zu tun brauchen". Für die Zwecke der öffentlichen Versicherungsmedizin war es vor allem erforderlich, den Begriff der Krankheit in Beziehung zur Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu setzen, und so versteht man heute nach Schweighäuser „darunter einen regelwidrigen körperlichen oder geistigen Zustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat", oder nach Oldemeyer: „Krankheit im Rechtssinne liegt vor, wenn jemand in „seinem" regelmäßigen, d. h. üblichen körperlichen oder geistigen Zustand Veränderungen aufweist, die entweder Heilbehandlung erforderlich machen oder Arbeitsunfähigkeit im Gefolge haben". Entsprechend dem Begriff „Leiden" nach Rössle unterscheidet die Versicherungsmedizin zwischen Krankheit und „Gebrechen". Zu den Gebrechen gehören nach Oldemeyer alle angeborenen Anomalien und „durch Unfall, Kriegsverletzung oder Krankheit erworbene, stationäre Abweichungen von der Norm". So ist z. B. ein Mensch mit einem Herzklappenfehler nicht krank, solange er sich in kompensiertem Zustand befindet, er gilt im selben

Augenblick als krank, wo sich die ersten Anzeichen der Dekompensation zeigen. Der angeborene Leistenbruch ist versicherungsrechtlich ein Gebrechen und ist solange nicht als Krankheit anzusehen, als er die Arbeitsfähigkeit des damit Behafteten nicht beeinträchtigt.

Um die Krankenversicherung nicht über Gebühr durch einzelne Mitglieder durch Auszahlung von Krankengeld u. a. in Anspruch nehmen zu lassen, wurde einmal die Zeit der Dauer der Leistungen beschränkt und die Leistungspflicht immer nur auf den einzelnen „einheitlichen Krankheitsfall" bezogen. Der Krankheits- und Versicherungsfall im Rechtssinne beginnt an dem Tage, an dem wegen einer bestehenden Krankheit (im medizinischen Sinne) ärztliche Behandlung oder Heilmittel nötig werden, oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. Er gilt als beendet, wenn objektiv gesehen die Notwendigkeit der Heilbehandlung oder der Anwendung von Arzneien und Heilmitteln wegfällt, und Arbeitsunfähigkeit nicht mehr vorliegt. Dabei endet die Regelleistung 26 Wochen nach Beginn der Krankheit. Fällt nun in die Zeit, während welcher ein Kranker z. B. wegen Gelenkrheumatismus behandelt wird, eine Erkrankung an Nierenentzündung, so ist versicherungsrechtlich kein neuer Krankheitsfall gegeben und damit auch kein neuer Anspruch, da der Erkrankte noch immer behandlungsbedürftig und evtl. arbeitsunfähig war. „Ein neuer Krankheitsfall im Rechtssinne ist dann anzunehmen, wenn zwischen 2 Behandlungen ein Zeitraum liegt, innerhalb dessen der Versicherte weder ärztliche Hilfe noch der Anwendung von Arzneien und Heilmitteln bedurfte und auch nicht arbeitsunfähig war (sog. krankheitsfreier Zwischenraum)", d. h. also, wenn der Rheumatiker keiner Behandlung oder Medikamente mehr bedurfte, lag keine Krankheit mehr vor. Erkrankte er 2—3 Wochen nach dem Abschluß der ersten Behandlung von neuem, so lag ein neuer Krankheitsfall vor.

Im Zusammenhang mit dem Krankheitsbegriff im versicherungsrechtlichen Sinne muß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit als grundlegend bezeichnet und gegeben werden. „Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit nicht oder doch nur unter Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, in der Lage ist, seiner bisherigen ausgeübten Tätigkeit ohne jede Einschränkung nachzugehen" (Oldemeyer). Dabei

muß betont werden, daß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit nicht verwechselt werden darf mit dem der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Berufsunfähig ist derjenige, dessen Leistungsfähigkeit infolge körperlicher Gebrechen oder durch Schädigung seiner körperlichen bzw. geistigen Kräfte nur noch weniger als die Hälfte eines gesunden Versicherten beträgt, der eine ähnliche Ausbildung und etwa gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse besitzt. Es wird weiter eine vorübergehende und eine dauernde Berufsunfähigkeit unterschieden. Von einer dauernden wird gesprochen, wenn eine Wiederherstellung in absehbarer Zeit, d. h. in etwa 2—3 Jahren, nicht zu erwarten ist. Invalide ist derjenige Versicherte, dem aus den oben angeführten Gründen nicht mehr zugemutet werden kann „ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen". (Oldemeyer)

Das Kant'sche Wort: „Alle Veränderungen geschehen nach dem Gesetz der Verknüpfung der Ursache und Wirkung", oder wie es anders auszudrücken wäre, ohne Ursache geschieht nichts, bzw. jedem Geschehen liegt eine Ursache zugrunde, ist eine aus der Erfahrung hergeleitete Tatsache, die mehr oder weniger jedem Menschen jeden Zeitalters wohl bekannt gewesen ist und auch auf das Krankheitsgeschehen zutrifft. Daß in frühester Zeit, wo noch der Dämonismus, böse Geister eine große Rolle in der Erklärung für das Zustandekommen einer Krankheit spielten, und die Krankheit als ein für sich selbständig existierendes Wesen angesehen wurde, eine Ursachenforschung nicht betrieben wurde, ist verständlich, weil Ursache und Krankheit, nämlich die Dämonen, in einer Person vereinigt waren. Dämonische Vorstellungen finden wir, allerdings nicht mehr ausschließlich, noch bei den Babyloniern. Bei ihnen herrschte schon in starkem Maße die Astronomie, nach der die Stellung der Gestirne maßgeblich für Gesundheit und Krankheit war. Auch Parasiten wurden schon als Ursache von Krankheiten angesehen; so nahm man z. B. als Ursache der Zahnkaries einen Wurm an. Von ähnlichen Vorstellungen beherrscht sehen wir die Ägypter. Bei ihnen steht als Ursache aller Krankheiten an erster Stelle der Wille der Götter, nach diesem war

es vor allem der Wurm, von dem mehrere Arten unterschieden wurden, und schließlich beschuldigte man auch gewisse Dämonen. Einen Schritt weiter bedeutete die Erkenntnis, daß übermäßige und falsch zusammengesetzte Nahrung als Ursache angesehen wurde. Der Lehre der Entstehung von Krankheiten durch Dämonen entgegenzutreten war äußerst schwierig und nur möglich durch das Aufblühen der Philosophie und der Naturwissenschaften. Leider ist uns aus der vorhippokratischen Zeit nicht viel erhalten, und wir finden Ursachenerklärungen überhaupt erst bei Hippokrates. Für ihn besteht die Hauptschuld bei der Entstehung von Krankheiten in der nicht richtigen Ernährung, wobei alles eine Rolle spielt, sowohl zu viel wie zu wenig, zur ungewöhnlichen Zeit oder unzweckmäßige Nahrung essen. Große Aufmerksamkeit schenkt Hippokrates den klimatischen Verhältnissen. Besonders kam der reinen Luft eine große Bedeutung an der Erhaltung der Gesundheit zu. Das erklärt sich aus der damaligen Auffassung, daß die lebenspendende und unterhaltende, für Gesundheit und Krankheit wichtige Substanz das mit der Atemluft in den Körper gelangende Pneuma war. War dieses Pneuma durch in der Luft enthaltende Schädlichkeiten verunreinigt, so mußte es zwangsläufig auch im Körper zu abnormen, krankhaften Zuständen führen. Das Pneuma war als eine äußerst feine luftförmige Substanz gedacht. Ferner wurden ungesundes Wasser, durch welche Blasensteine entstehen können, schädliche Ausdünstungen, schroffer Klimawechsel noch als Ursache bezeichnet. Besonders betont Hippokrates die hereditäre Disposition, d. h. daß viele Menschen eine bestimmte Neigung zu irgendwelchen Krankheiten haben und diese Neigung schon mit auf die Welt gebracht, also geerbt haben. Auch Galen übernahm diese Auffassungen, bereicherte sie aber noch durch das bei Hippokrates nur angedeutete Moment, indem er der Empfänglichkeit der einzelnen Individuen gegenüber Krankheiten großen Wert beilegte und sagte, daß nur bei disponierten Individuen Krankheiten entständen. Diese Lehren fanden im Mittelalter leider keine Fortentwicklung; ihre Entwicklung wurde nicht nur gehemmt, sondern das ganze Denken versank in einen Wust mystischer Vorstellungen, die sich zum Dämonenglauben und Hexenwahn auswuchsen, ähnlich wie früher bei den Babyloniern und Ägyptern. Die Entstehung von Krankheiten dachte

man sich einerseits durch dämonische Lebewesen verursacht, andererseits behauptete die Astrologie das Feld, indem der Konstellation der Gestirne ein wesentliches Maß zur Entstehung von besonders Seuchen, aber auch anderer Krankheiten zugeschrieben wurde. Gegen Ende des Mittelalters waren es dann die Hexen, die als Vermittler des Teufels den armen wehrlosen Menschen die Krankheiten brachten. Daß nach einer so langen unproduktiven Zeit und nach einem derartigen Rückschritt in den Auffassungen in der Folgezeit nicht sofort wesentlich Neues gefunden wurde, ist verständlich. Paracelsus glaubte zwar nicht mehr an Hexen und Dämonen, aber weitere Erkenntnisse brachte er in der Ursachenforschung der Medizin nicht. Er unterschied sog. Entia, das sind von außen kommende Schädlichkeiten, die auf den Archaeus einwirken. „Ens ist ein Ding, welches Gewalt hat, den Leib zu regieren" (Ribbert). Paracelsus unterschied das Ens astrorum, venene, naturale, spirituale und deale. Wie diese Wirkung im einzelnen vor sich geht, sagt er uns nicht. Er betont die Erblichkeit verschiedener Krankheiten. Auch bei Helmont finden wir die Auffassung, daß die Krankheitsursachen nur wirken durch den Archaeus. „Er betrachtet als eigentliche Krankheitsursache eine dem Archaeus eingeprägte „falsche Idee"." (Ribbert) Dagegen lehnt er strikt die Beteiligung der Gestirne beim Entstehen von Krankheiten ab.

Daß die Chemiater in erster Linie nur die mit der Nahrung aufgenommenen schädlichen Stoffe als Ursache ansahen, die dann durch Veränderung der Säfte über diese als Erreger der Krankheit galten, liegt in der Einseitigkeit ihrer theoretischen Anschauungen begründet. Viel umfassender waren schon die Ansichten von Sydenham. Grundlegend anders als die anderen Ärzte des 17. Jahrhunderts sucht er die Ursachen nicht außerhalb des Körpers, sondern verlegt sie in den Körper. Als eine der Ursachen galt ihm eine Störung der Lebensweise, wobei er der verschiedenen Empfänglichkeit des Einzelnen für Schädlichkeiten, der Disposition, eine führende Rolle zuschreibt. Genau so wie es für den einzelnen Menschen die Disposition gibt, nimmt er eine epidemische Konstitution an, die das Auftreten von Seuchen bewirkt. Er hatte beobachtet, daß einige Krankheiten, die zu gleicher Zeit entstanden, in ihrem Verlauf gewisse Ähnlichkeiten boten, sich aber anders verhielten, wenn

sie zu verschiedener Zeit auftraten. Er erklärt das daraus, daß die gleichen atmosphärischen und Bodenverhältnisse, die er unter dem Begriff der Konstitution zusammenfaßte, den Verlauf der Krankheiten beeinflußten. Außer diesen atmosphärischen Gründen gilt bei F. Hoffmann und Stahl noch als besondere Ursache die Vollblütigkeit, die als solche durch äußere Einflüsse hervorgerufen gedacht wurde. Stahl glaubte die Plethora entstanden durch zu reichliches Essen und durch eine zu schnelle Blutbildung, die zu einem Überangebot in den Organen führte. Das wiederum sollte dann die Krankheiten wie Nasenbluten Lungenentzündungen, Haemorrhoiden und hypochondrische Zustände bedingen. Gaub versuchte eine genaue Aufstellung aller Ursachen, und man kann sagen, daß er von unserer heutigen Auffassung nicht mehr weit entfernt war. Unter den Giften besprach er schon die schädlichen Stoffe der Infektionskrankheiten, die sog. Miasmata und Contagien. Wesentlich war seine Einteilung der Ursachen in innere und äußere. Unter ersteren spielten sowohl die Erblichkeit wie die Disposition des Körpers eine bedeutende Rolle.

Die zunehmende Kenntnis über die Eingeweidewürmer und das Bekanntsein der Krätzmilbe, die Forschungen über die Spaltpilze, die Vermutung, daß die in faulenden Stoffen schon früher gefundenen Tiere ebenfalls als Erreger von Krankheiten gelten können, alles dieses bildete den Grund für die parasitäre Ätiologie der Infektionskrankheiten. Der Beginn dieser Epoche ist wohl das Jahr 1840, in welchem Henle die Vermutung aussprach, daß der Erreger der Infektionskrankheit lebender Natur sein müsse, da sich nur so alle Erscheinungen zur Zufriedenheit erklären ließen. Die wissenschaftlichen Grundlagen für diese zunächst theoretischen Erwägungen gab die weitere Entwicklung der Hygiene und Bakteriologie, so daß es uns heute eine Gewißheit ist, daß alle Infektionskrankheiten durch Lebewesen verursacht werden, wenn diese auch noch nicht für alle Infektionen, z. B. Masern und Scharlach bekannt sind. Daß durch diese Entdeckungen die Entstehung der so wichtigen und oft höchst gefährlichen Infektionskrankheiten geklärt war und die Hoffnung auf ihre Beseitigung entstehen ließ, führte einen großen Umschwung im ganzen medizinischen Denken herbei. Durch den Ausbau der Lehre von der Krankheitsdisposition und Immunität zeigten sich wieder neue Wege in der Ursachen-

forschung. Zu ihnen führte einmal die Tatsache, daß auf gesunden Schleimhäuten pathogene Mikroben vegetieren, daß z. B. bei Typhus, Ruhr und Diphtherie ansteckungsfähige Keime auf der wieder gesundeten Schleimhaut zurückbleiben können (Bazillenträger) und zum anderen, daß z. B. Mäusetyphus für den Menschen ungefährlich, dagegen die Hühnertuberkulose auf den Menschen übertragbar ist. Auf der Disposition, Immunität und der Vererbungsforschung fußt andererseits wieder die immer bedeutungsvoller werdende Lehre von der Konstitution als eine der Ursachen bei der Entstehung von Krankheiten.

Wir unterscheiden heute innere und äußere Krankheitsursachen. Unter den äußeren Ursachen, die imstande sind, Krankheiten von sich aus oder zusammen mit anderen oder aber bei entsprechend „innerer" Voraussetzung, hervorzurufen, verstehen wir die Störungen der Nahrungszufuhr durch Überernährung, Hunger oder Avitaminosen, schädliche Wirkungen der Sonnen-, Röntgen- und Radiumstrahlen, thermische Einflüsse und Elektrizität, Veränderungen des Luftdrucks, chemisch-toxische und mechanisch-traumatische Einflüsse und schließlich die pflanzlichen und tierischen Parasiten.

Sie alle können Krankheiten erzeugen, wenn sie das Maß eines physiologischen Reizes überschreiten. Als physiologischer Reiz muß dabei gerade noch der Reiz verstanden werden, der bei der größten Zahl von Menschen ohne erkennbare Schädigung vertragen wird. Zum anderen kann der von außen kommende Reiz durchaus noch normal sein und der Körper doch mit einer Schädigung antworten, und schließlich kann die von außen einwirkende Schädlichkeit bei weitem das normale Maß überschreiten, ohne daß es zu einer Schädigung kommt. Die verschiedene Reaktionsweise wird bedingt durch die dem Körper innewohnende mehr oder weniger starke Widerstandsfähigkeit gegenüber schädlichen Einflüssen der verschiedensten Art; d. h. also zusammengenommen, die Schwere der Krankheit steht im Zusammenhang mit der ursächlichen Schädlichkeit und der dieser vom Organismus entgegengesetzten Widerstandskraft. Strümpell kleidet diese Tatsache in die Formel $K = \frac{W}{S}$ wobei S die Schädlichkeit und W den Widerstand bedeutet. Diesem Widerstand umgekehrt proportional ist nach Bauer „das, was wir als Krankheitsdisposition oder Krankheitsbereit-

schaft bezeichnen". Da die Krankheitsbereitschaft den im Körper gegebenen Ursachen für die Entstehung einer Krankheit gleichzusetzen ist, bedeutet also die Disposition die innere Krankheitsursache; und wir verstehen unter Disposition die Gesamtheit aller inneren Krankheitsbedingungen, sowohl der angeborenen als auch der erworbenen. Die angeborene kann ererbt oder im Mutterleib erworben sein. Der erworbenen Disposition braucht, wie Rössle an dem Beispiel der Phosphornekrose des Unterkiefers bei Phosphorarbeitern zeigt, nicht sofort Krankheit zu folgen, es kann vielmehr die Krankheitsbereitschaft latent bleiben und die Krankheit erst nach Jahren ausbrechen. Die Summe der ererbten und erworbenen Dispositionen wird im allgemeinen als Konstitution bezeichnet. Bauer jedoch schlägt eine neue Terminologie vor, indem er für den summarischen Begriff das Wort Körperverfassung setzt und „den gesamten Komplex von Erbanlagen, der die Zugehörigkeit des werdenden Individuums zu seiner Species, Rasse und Familie sowie zu seinem Sexus bestimmt und . . . . . den Grundstock der persönlichen Individualität ausmacht" als Konstitution bezeichnet, und die durch die Umwelt erworbenen und durch Anpassung geänderten Bedingungen als Kondition beschreibt. Auch Kretschmer versteht unter Konstitution nur „die Gesamtheit aller der individuellen Eigenschaften, die auf der Vererbung beruhen, d. h. genotypisch verankert sind". Die Gesamtkonstitution oder Körperverfassung setzt sich nach Martius zusammen aus Partialkonstitutionen der einzelnen Gewebe und Organe. Als Teilkonstitution ist demnach auch der Habitus aufzufassen, der die äußere Gestaltung des Körpers umfaßt. „Jedoch macht die Summe aller dieser Partialkonstitutionen noch nicht die Gesamtkonstitution aus, denn", wie Bauer sagt, „nicht nur jedes Gewebe und jedes Organ hat seine eigene Konstitution, auch der gegenseitige Konnex der Gewebe und Organe, ihre wechselseitige Koordination und Regulation liegt in der individuellen Konstitution begründet." „Denn wie das Bündel mehr ist als die Summe der Stäbe, wie das Wort mehr ist als die Summe der Buchstaben, die Melodie mehr als die Summe der einzelnen Töne, so ist auch die Konstitution mehr als die Summe ihrer Teileigenschaften und Merkmale" (K. H. Bauer). Das bedeutet also nichts anderes, als daß jeder Mensch, jedes Individuum für sich etwas Besonderes, eine einmalige

Einheit, den Phänotypus des Betreffenden darstellt. Der Phänotypus als solcher entwickelt sich aus den Erbanlagen des Keimes, dem Genotypus, unter dem verändernden Einfluß der Umweltbedingungen. Die Konstitutionslehre fußt also auf der Vererbungslehre, und damit ist die Konstitutionspathologie Genopathologie, „denn Vererbung bedeutet im biologischen Sinne nichts anderes als den Vorgang, durch den ein Großteil dessen zustande kommt, was wir Konstitution nennen, es ist eben die Übertragung von Eigenschaften der Eltern oder deren Vorfahren auf das neue Individuum vermittels des Keimplasmas". (J. Bauer) Dazu bemerkt Bauer, daß nachzuweisende übertragende Eigenschaften bei Eltern latent geblieben sein können, und daß andererseits es sich beispielsweise bei der Syphilis des Neugeborenen nicht um eine hereditäre sondern congenitale Form handelt, da es sich bei dem Zustandekommen dieser Erkrankung um eine Keiminfektion handelt.

„Der Konstitutionsbegriff ist wie der der Krankheit an der Erhaltungswahrscheinlichkeit orientiert. Während aber der Krankheitsbegriff schon eine relativ geringe Erhaltungswahrscheinlichkeit voraussetzt, ist der Konstitutionsbegriff in dieser Richtung indifferent. Man spricht auch von einer gesunden Konstitution. Wir bezeichnen also mit dem Worte Konstitution ganz allgemein die Körperverfassung in bezug auf ihre Erhaltungswahrscheinlichkeit, oder, was auf dasselbe hinauskommt, auf die Widerstandskraft." (Lenz) Auch Siebeck faßt die Konstitution auf als „die Reaktionsbereitschaft des Individuums, die seine Leistungs- und Anpassungsfähigkeit bedingt". Er faßt die Begriffsbestimmung in folgendem Satz zusammen: „Konstitution ist die individuelle, genotypisch und peristatisch bedingte, relativ dauernde, wenngleich schwankende und wechselnde, körperliche und psychische Eigentümlichkeit einer Person, die in morphologischen oder funktionellen Besonderheiten oder in solchen der Entwicklung, besonders in der Leistungsfähigkeit, Widerstandsfähigkeit und in der Reaktionsfähigkeit auf pathogene Einflüsse in Erscheinung tritt". Schwierig bleibt noch die Abgrenzung der normalen von der kranken Konstitution. Hildebrandt sieht in der normalen Konstitution den nie erreichbaren Zustand eines Ideals und nicht den durchschnittlichen Zustand. Ribbert (zit. nach Bauer) sieht in der normalen Konstitution eines Menschen den Zustand, wenn alle

seine „Organe so regelrecht gebaut sind, wie wir es auf Grund allgemein anerkannter wissenschaftlicher Erfahrung als physiologisch kennen, wenn ferner alle diese Organe so funktionieren, wie wir es an ihnen voraussetzen müssen, wenn sie weiterhin alle in voller Harmonie miteinander arbeiten, wenn keine funktionelle Tätigkeit hinter dem Durchschnitt, den wir ebenfalls erfahrungsgemäß abschätzen, wesentlich zurückbleibt oder ihn erheblich überragt. Entspricht ein Mensch diesen Anforderungen, dann können wir ihn normal nennen". Für Grote „ist der einzelne Mensch das Maß seiner eigenen Normalität" (zit. nach J. Bauer). Das bedeutet aber nichts weiter als den Verzicht auf eine Definition des Begriffes der normalen Konstitution, da ja jede einzelne Persönlichkeit nur einen Bruchteil dessen darstellt, was zur Aufstellung einer Norm erforderlich ist. Am zweckmäßigsten erscheint die von Ribbert gegebene Erklärung. Alles, was außerhalb der Norm fällt, wird als abnorm bezeichnet, mit Bezug auf die Konstitution als Anomalie. Auch diese grenzen sich natürlich nicht scharf ab gegenüber der Norm auf der einen Seite und den Mißbildungen auf der anderen. Es ist immer wieder versucht worden, für einzelne Gruppen sog. Konstitutionsformen aufzustellen. Doch sind nach Rössle bis jetzt die Ergebnisse noch recht unbefriedigend, „denn was wir heute unter „Konstitutionsformen" verstehen, das ist bald pathologische Anlage, bald Leiden und bald Krankheit, wie die folgenden Beispiele von Konstitutionen, Diathesen, Habitus und Stigmen zeigen". Rössle führt dann an die asthenische, hypoplastische Konstitution, die exsudative Diathese, den Arthritismus und die Stigmata als Anzeichen von erblicher Entartung von Geisteskrankheiten. Sigaud unterscheidet einen Typus respiratorius, cerebralis, muscularis und digestivus. Kretschmer unterscheidet einen leptosomen von einem athletischen und pyknischen Typ. Diese Aufstellungen als Beispiele könnten noch vermehrt werden.

Physikalische, chemische, thermische, parasitäre Einflüsse und im weiteren Sinne die auf der Vererbung fußende Konstitution können die Ursache einer Krankheit sein, und es ist bekannt, daß zur Entstehung einer Krankheit, z. B. bei den Infektionskrankheiten, nicht nur die von außen herangetragene Schädlichkeit als alleinige Ursache in Frage kommt, sondern

die Konstitution bzw. die Empfänglichkeit oder noch anders ausgedrückt die Reaktion des Körpers auf die Schädlichkeit eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Nach Rössle gibt es „keine Krankheitsursache in der Einzahl, sondern nur Ursachen oder Bedingungen bzw. Bedingungskomplexe". Unter einer Ursache verstehen wir im allgemeinen etwas, was eine Veränderung bewirkt und selbst wieder durch eine Veränderung entstanden ist oder mit anderen Worten, die Ursache ist eine Veränderung, die wieder eine Veränderung (Wirkung) bewirkt. Diese Wirkung kann nun aber gleichzeitig wieder die Ursache für eine neue Veränderung sein, so daß hier eine Kette entsteht, von der man wohl garnicht den Anfang noch das Ende absehen kann. Da nun das einzelne Geschehen nicht von der Ursache allein, sondern auch von der Form und der Art des durch die Ursache zu verändernden Teiles abhängt und auch von den Umständen, unter denen die Ursache einwirkt, so sprach man von Bedingungen, unter denen ein Geschehen möglich ist. Verworn lehnt in seinem Konditionalismus den Begriff der Ursache völlig ab: „Es gäbe gar keine Ursache im Sinne eines Ereignisses, an welches ein anderes als Wirkung unabänderlich gebunden ist, denn ein gesetzmäßiger Vorgang oder Zustand sei nie eindeutig bestimmt durch eine einzige Ursache, sondern immer nur durch eine Summe von Bedingungen, die sämtlich gleichwertig, weil sie eben notwendig sind". Wenn es auch wohl für das Verständnis eines Geschehens gleich bliebe, ob wir von einem Ursachen- oder Bedingungskomplex, von Ursache oder Bedingung sprechen, so muß zunächst einmal festgestellt werden, daß es Krankheiten gibt, für deren Zustandekommen nur eine Ursache in Frage kommt, wie bei Verbrennungen, Blitzschlag, schweren Verletzungen; zum anderen ist es gerade für den Praktiker und Gutachter oftmals von größter Wichtigkeit und zwingender Notwendigkeit, sich für eine dieser Bedingungen, für eine Ursache zu entscheiden, um beispielsweise bei einem Unglücksfall die Schuldfrage zu klären. Fischer gibt folgende Definition: „Bei einem Unglücksfall ist derjenige Faktor für uns die Ursache, dessen mögliche oder gebotene Änderung oder Verhinderung das Unglück verhütet hätte", und „Ursache eines Geschehens im naturwissenschaftlichen Sinne wie im allgemeinen Sprachgebrauch ist derjenige zu seinem Zustandekommen notwendige Faktor oder Faktor-

komplex, der entweder für unser Handeln (praktische Erklärung) oder für unser Verständnis (theoretische Erklärung) der wichtigste ist", oder an anderer Stelle „Ursache eines Geschehens ist also diejenige, zu seinem Zustandekommen notwendige Bedingung, die für den Beurteiler die wichtigste dieser Bedingungen ist. Dem Ursachenbegriff haftet also stets etwas Subjektives an". Diese Bedingungen, die am Zustandekommen eines Geschehens beteiligt sind, teilt Roux ein in unwesentliche, wesentliche oder Realisationsfaktoren und spezifische oder Determinationsfaktoren.

Schließlich sei noch auf Ausführungen von Müller-Scholtes hingewiesen, in denen vom juristischen Standpunkt aus „das Kausalproblem im medizinischen Sachverständigengutachten" behandelt wird. Es wird zunächst unterschieden die Verursachung von der Verschuldung. Während erstere „sich als objektives Band zwischen Willensbetätigung und Erfolg kennzeichnet", ist „die Schuld eine subjektive Beziehung zwischen Tat und Täter". Dieser Unterschied wird betont, da ein Gutachten, in dem der Kausalbegriff mit dem Schuldbegriff vermengt ist, verfehlt sei. Nach der Schilderung der verschiedenen Kausaltheorien von Carpzow, Ortmann, Kohler, Birkmeyer und Binding, die alle abgelehnt werden, bleiben 2 Theorien, von denen eine für das zivile Recht, die andere hingegen nur für das Strafrecht geltend ist. Die erste, „die von dem Freiburger Physiologen J. v. Kries begründete Theorie der adäquaten Verursachung bestimmt, daß Ursachen eines Erfolges diejenigen Bedingungen sind, die nicht bloß im konkreten Falle mitgewirkt haben, sondern eine generelle Eignung zur Herbeiführung solcher Erfolge haben". Für das Strafrecht wird diese Theorie abgelehnt, da nach ihr der Erfolg eines Ereignisses nicht nur von der konkreten Verursachung abhängig ist, sondern auch von abstrakten kausalen Beziehungen, wenn diese dem erfahrungsgemäßen entsprechenden Kausalverlauf angemessen, adäquat sind. Die zweite, die Bedingungstheorie von Buri lehrt, „daß eine Handlung dann Ursache im Rechtssinne ist, wenn der Erfolg ohne diese Handlung nicht eingetreten wäre", d. h. also, unter den einen Erfolg bestimmenden Bedingungen muß sich die Handlung des Täters befinden (Conditio sine qua non). „Eine Ursache hört nicht deshalb auf, eine solche zu sein, weil außer ihr noch eine andere Ursache zur Herbeiführung des

Erfolges beigetragen hat, selbst wenn diese als die „überwiegende Bedingung", als „Hauptursache" erscheint." Damit ist auch das, was wir unter dem Begriff der Ursache zu verstehen haben, festgelegt.

Bisher wurde versucht, eine Entwicklung der Anschauungen vom Wesen der Krankheit zu geben, und es wurden die Anschauungen bis in das jetzige Jahrhundert verfolgt. Anschließend wurden die hauptsächlichen Definitionen des Begriffes „Krankheit" gegeben, um auch das Wort Krankheit begrifflich klarzustellen. Da zu jedem Geschehen eine Ursache gehört, so mußten die wesentlichen Ansichten über die Ursachen, die Krankheiten hervorzurufen imstande sind, in ihrer geschichtlichen Entwicklung gezeigt, und auch hier wieder der Begriff der „Ursache" erläutert werden.

Nach dem Siege einer neuen Weltanschauung im Jahre 1933 schlug die Gesundheitsführung des deutschen Volkes einen neuen Weg ein. Der gewaltige Umbruch im gesamten Denken brachte eine Veränderung der Voraussetzungen mit sich, die die Grundlagen für unsere Einstellung zur Krankheit waren. Wenn im Folgenden eine Reihe von Krankheiten ausführlicher beschrieben werden, so soll durch ihre Herausstellung auf die Bedeutung hingewiesen werden, die sie durch die Änderung unserer Auffassung erlangt haben. Die Ätiologie dieser Krankheiten ist uns ja schon seit längerer Zeit bekannt, z. B. die Erreger der Infektionskrankheiten oder die Vererbung gewisser Krankheiten. Wie kam es nun zu dieser Änderung in unserer Auffassung? Schon seit etwa 2—3 Jahrzehnten wurde der Versuch gemacht, den unbedingten Materialismus aus der Medizin zu entfernen. „Überall drängt sich, wenn auch zum Teil noch recht schüchtern, die Überzeugung auf, daß der unbedingte Materialismus und Mechanismus nicht imstande ist, die Erscheinungen zu meistern. — In der Heilkunde trat das Bedürfnis hervor, den Blick von der Krankheit auf den kranken Menschen, auf das Gesamtbild seiner Individualität zu richten. Man fing an zu fühlen, daß die unübersehbare Menge der erforschten biologischen und pathologischen Tatbestände nur einen Sinn haben konnten, wenn sie sich diesem Prinzip unterordneten." (Honigmann) Darüber hinaus ging die Entwicklung zum Teil noch weiter, indem jetzt für eine Reihe von Krankheiten der

Blick von der Krankheit über den Menschen auf das Volk, auf die Rasse gerichtet war. Dabei muß betont werden, daß der Begriff „Krankheit", wie er bisher von Albrecht und Rössle definiert wurde, auch heute noch zutrifft. Es wurde kein neuer Krankheitsbegriff in seiner Gesamtheit geschaffen, aber eine Reihe von Krankheiten herausgenommen, und diese nun nicht wie die übrigen Krankheiten auf die Erhaltung des Individuums sondern auf die der Rasse bezogen. Grundlegend für die Herausstellung dieser Krankheiten war ihr enormes zahlenmäßiges Ansteigen und die aus der Vererbungswissenschaft gewonnenen Kenntnisse, daß sie sich von Generation auf Generation fortpflanzen, weiter die starke finanzielle Belastung für den täglichen Unterhalt der damit Behafteten und nicht zuletzt die durch sie und ihre Fortpflanzung hervorgerufene Schädigung des rassischen Wertes des deutschen Volkes.

Die große Zahl der Tuberkulösen und Geschlechtskranken und die damit für die Volksgesundheit verbundene Gefahr lassen es gerechtfertigt erscheinen, die Tuberkulose- und die Geschlechtskranken zusammen mit den Erbkrankheiten als sogenannte „volkswichtige Krankheiten" zu bezeichnen. Solche Krankheiten sind einmal die, die durch ihr gehäuftes Auftreten und der Möglichkeit ihrer Weiterverbreitung auf dem Infektionswege seuchenmäßigen Charakter annehmen, zum anderen jene, von denen wir auf Grund unserer biologischen Forschungen wissen, daß sie sich von Generation auf Generation weiter vererben und durch ihre Art den damit Behafteten zumindest nicht geeignet zur Fortpflanzung, zum Teil noch dazu minderwertig oder gar wertlos im Rahmen eines Volkes machen.

Zu der ersten Gruppe gehören die Infektionskrankheiten, die durch ihre teilweise außerordentliche Verbreitung an der Gesundheit des Volkes zehren und eine ständige Überwachung erforderlich machen. Sie müssen aus diesem Grunde von den behandelnden Ärzten an die staatlichen Aufsichtsstellen gemeldet werden. Durch die gesetzliche Regelung der Seuchenbekämpfung, durch die Kenntnis der Erreger und des Krankheitsverlaufs ist es gelungen, einen großen Teil der Infektionskrankheiten derart wirksam zu bekämpfen, daß die durch sie bedingten Todesfälle in der Gesamtzahl aller Todesfälle im Reich nur einen kleinen Bruchteil ausmachen. Aus

einer Veröffentlichung in „Der öffentliche Gesundheitsdienst" geht hervor, daß:

Im Deutschen Reich:

Erkrankungen an	(Sterbefälle auf 100 Erkr.) 1935	1936	1937
1. Diphterie	132 930 (4,4)	147 029 (3,8)	146 733 (3,7)
2. Scharlach	111 648 (0,7)	123 874 (0,7)	117 544 (0,7)
3. Übertr. Genickstarre	1 328 (44,2)	1 322 (45,5)	1 574 (49,6)
4. Fbhft. Fehlgeb.	2 685 (21,6)	3 304 (16,7)	3 015 (14,5)
5. Kindbettfieber	4 136 (20,3)	3 936 (19,8)	3 402 (19,7)
6. Ruhr	3 275 (4,1)	4 794 (2,5)	7 545 (2,4)
7. Paratyphus	2 498 (3,9)	2 660 (3,8)	3 755 (2,9)
8. Unterleibstyphus	3 063 (10,5)	2 894 (10,5)	3 051 (9,9)
9. Kinderlähmung	2 080 (8,8)	2 256 (9,5)	2 723 (11,9)
10. Gehirnentzündung	— (—)	245 (51,4)	291 (55,7)

Werden von dieser Tabelle die Zahlen von 1937 zugrunde gelegt und danach die Zahl der Todesfälle ganz grob berechnet, so ergeben sich für die einzelnen Krankheiten folgende Zahl an Sterbefällen: Bei 1. 5430, 2. 860, 3. 790, 4. 435, 5. 760, 6. 180, 7. 110, 8. 300, 9. 320, 10. 165. Das bedeutet zusammen etwa 9260 Todesfälle, also eine Zahl, die für ein Volk wie das deutsche keinerlei Bedeutung hat.

Die für die Volksgesundheit in ihrer schädlichen Wirkung sicher bedeutsamsten Infektionskrankheiten sind die Geschlechtskrankheiten und die Tuberkulose, wenn auch erfreulicherweise eine bedeutende Abnahme der durch sie verursachten Todesfälle zu verzeichnen ist. Es sollen im folgenden nur kurz einige zahlenmäßige Angaben gemacht werden, die die Bedeutung klarstellen, die diesen Krankheiten im Interesse unseres deutschen Volkes zukommen.

Die Geschlechtskrankheiten sind nach Schwéers die am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten. Der durch sie angerichtete Schaden liegt einmal auf volkswirtschaftlichem Gebiet, durch die meist von den Krankenkassen getragenen Kosten für die Heilbehandlung, durch den Arbeitsausfall und die auf öffentliche Kosten durchgeführte Asylierung von etwa 15 000 Paralytikern und Tabikern und zum anderen auf bevölkerungspolitischem Gebiet, indem durch die Syphilis und ihre Folgekrankheiten (Nebenhoden-Adnexerkrankungen, Fehlgeburten, häufig Einkindersterilität) mit einem jährlichen Aus-

fall von etwa 200 000 Geburten gerechnet werden muß. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist gesetzlich geregelt. Jeder Kranke ist verpflichtet, sobald er Kenntnis vom Wesen seiner Krankheit hat, sich behandeln zu lassen. Im Verweigerungsfall kann er von den Gesundheitsbehörden dazu gezwungen werden. Er darf solange keine Ehe eingehen, bis ihm der Amtsarzt die Erlaubnis dazu erteilt. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten ist nur approbierten Ärzten erlaubt.

Um für weitgehende Aufklärung und Beratung sorgen zu können, stehen im Deutschen Reich 307 besondere und 517 planmäßige Beratungsstellen in anderen Fürsorgezweigen zur Verfügung. Daß von dieser Möglichkeit ausgiebig Gebrauch gemacht wird, ergibt die Tatsache, daß im Jahr 1937 in Deutschland 200 872 Personen beraten wurden. Hierzu kommen noch die von den Landesversicherungsanstalten Beratenen. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Ausführungen von Dornedden im Deutschen Ärzteblatt (Jahrg. 38, Heft 3): „Die Tatsache, daß nach der Reichszählung der Geschlechtskranken von 1934 jährlich noch über 225 000 Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten auf die deutsche Zivilbevölkerung treffen, fordert immer wieder unser Interesse für diese Volksschäden heraus; es kommen hiernach auf 100 15jährige Männer im Verlauf des Lebens bis zum 50. Jahre durchschnittlich rund 20 und bei den Frauen rund 9 Trippererkrankungen sowie bei beiden Geschlechtern über 3 syphilitische Erkrankungen. In den Groß- und den Hafenstädten wird diese für ein einzige Erkrankungsart bereits beträchtliche Erkrankungshäufigkeit bereits bis auf das Doppelte und Dreifache überschritten. Aber auch in zahlreichen kleineren Städten, jenen Orten in denen Wehrmachtsteile, Angehörige des Arbeitsdienstes, sowie Studenten in größerer Zahl untergebracht sind, die zur örtlichen Ausbreitung des außerehelichen Geschlechtsverkehrs und damit der Geschlechtskrankheiten beitragen, darf der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten nicht erlahmen."

Die Tuberkulose hat wie keine andere Krankheit in den letzten 50 Jahren durch Heilungsaufwand, Produktionsausfall, vorzeitiges Siechtum und vorzeitigen Tod die größten Verluste hervorgerufen. (Schwéers) Wie weit verbreitet die Tuberkulose ist, zeigen die Zahlen von Askanazy, der auf Grund der Erfahrungen der pathologischen Anatomie annimmt, daß

mindestens zwei Drittel aller Erwachsenen an Tuberkulose leiden oder gelitten haben; andere Autoren nehmen bis zu 90% und darüber an. „Walter schätzt die Zahl der offen Tuberkulösen — also der fließenden Ansteckungsquellen — auf 3—400 000, die Zahl der latenten, aber jederzeit aufbrechungsfähigen Ansteckungsquellen auf ca. 1 000 000" (zit. nach Schwéers).

Zur Beratung stehen 1477 besondere und 456 planmäßige Tuberkulosefürsorgen im Rahmen anderer Fürsorgezweige zur Verfügung. Beraten wurden im Jahre 1937 insgesamt 1 257 733 Personen, es erfolgten 45 479 Überweisungen in Heilstätten und 14 196 Überweisungen in Krankenhäuser. Daß trotz dieser steigenden Zahlen, die sich aus der besseren Diagnostikmöglichkeit und der gesundheitlichen Erfassung großer Volksteile erklären, in der Bekämpfung der Tuberkulose in den letzten Jahren ein deutlicher Erfolg schon erreicht worden ist, beweist die folgende Tabelle: (Aus Heft 43 des Deutschen Ärzteblattes, Jahrg. 38)

Die Sterblichkeit an Tuberkulose	Sterbefälle an Tuberkulose (alle Formen) auf je 10 000 Lebende jeden Alters									
	männliches Geschlecht					weibliches Geschlecht				
	Preußen			Reich		Preußen			Reich	
Alter in Jahr.	1881/85	1910/11	1924/26	1932/34	1936	1881/85	1910/11	1924/26	1932/34	1936
unter 1 *)	21,8	20,7	13,7	8,4	6,5	19,6	17,0	11,6	7,5	6,0
1 bis unter 5	12,2	9,3	6,7	5,0	4,8	13,0	8,7	6,5	4,7	3,9
5 „ „ 15	4,8	3,9	2,7	1,6	1,5	7,3	5,9	3,9	2,0	1,9
15 „ „ 20	17,8	12,1	8,7	5,1	3,6	20,4	15.0	11,5	7,3	5,7
20 „ „ 25	33,3	19,5	17,0	8,2	7,7	26,3	19,7	17,1	9,9	9,4
25 „ „ 30	36,7	19,1	16,5	9,2	8,6	34,4	21,8	16,3	10,0	9,4
30 „ „ 50	50,2	21,1	12.5	9,8	9,9	39,5	18,6	11.5	7,2	6,9
50 „ „ 60	77.5	28,8	14,4	11,5	11,4	50,9	16,1	10,2	6,2	5,9
60 „ „ 70	100,4	29,0	16,9	12,2	12,7	69,0	19,4	13,0	8,4	8,4
70 und mehr	62,1	16,7	12,2	9,6	10,1	39.6	13,6	11,3	8,3	8,8
Zusammen	34,2	15,7	11,2	7,9	7,8	28,4	14,6	10,9	6,8	6,4

*) Auf 10 000 Lebendgeborene berechnet.

Diese kurzen Angaben mögen genügen, einmal die Wichtigkeit dieser Krankheiten herauszustellen und zum anderen den Beweis erbringen für die Notwendigkeit einer energischen Abwehr dieser Seuchen.

Die zweite Gruppe der volkswichtigen Krankheiten wird gebildet durch die sog. Erbkrankheiten. Wie schon schon erwähnt, führte uns die Vererbungswissenschaft zu der Kenntnis der körperlichen und geistigen Gebrechen, die auszumerzen zur Erhaltung eines Volkes die vordringlichste Aufgabe auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ist. Es sind dies: Angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit und Taubheit, schwere erbliche körperliche Mißbildung. Rein zahlenmäßig müssen wir in Deutschland an Geisteskranken rechnen:

1. Schwachsinnige	rund	1 000 000	(nach Kranz)
2. Schizophrene	„	280 000	(nach v. Verschuer)
3. Man.-Depressive	„	275 000	(nach der Erkrankungs-
4. Epileptiker	„	200 000	wahrscheinlichkeit berechnet.)
Zusammen	rund	1 775 000	Geisteskranke.

Dazu kommen noch die mit erblichen körperlichen Fehlern Behafteten, Blinde, Taube, Krüppel u. a. Aus der Irrenstatistik des Jahres 1936 erfuhren wir seit langer Zeit wieder einmal die Zahl der in den deutschen Anstalten und Kliniken untergebrachten Geisteskranken:

Die Gesamtzahl der Kranken in den 253 Anstalten und Kliniken, auch Privat, betrug Anfang 1936 158 164, der Zugang 117 684, der Abgang 112 507, der Endbestand 163 341. Dieser Endbestand gliederte sich hinsichtlich der Diagnosen in den Anstalten (die in Klammern stehenden Zahlen bedeuten Zahl in den Kliniken): 47% (31%) Schizophrene, 21,6% (3,8%) Schwachsinnige, 9,2% (5,4%) Epileptiker, 1,2% (3,1%) Alkoholiker, 2,9% (1,9%) Manisch-Depressive, 2% (6,3%) Psychopathen, 1,6% (4,5%) abnorme Reaktionen, 6% (12%) psychische Störungen des höheren Lebensalters. In den Kliniken noch 6,9% Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen und 2,7% symptomatische Psychosen. Die übrigen Erkrankungen liegen unter 1,2%.

Wenn die Unterhaltungskosten dieser 163 341 Kranken pro Kopf und Tag mit 5,— RM angesetzt werden, so bedeutet das eine tägliche Ausgabe von 816 705 RM. Wenn wir weiter be-

denken, daß die annähernd 2 Millionen sich nach Belieben fortpflanzen könnten, dann ist es nur eine einfache Rechenaufgabe festzustellen, wann die minderwertigen Volksteile die vollwertigen an Zahl erreicht haben werden, um dann den Tod eines Volkes zu beschleunigen. So gesehen ist die Krankheit des Einzelnen nicht mehr für ihn allein von wichtiger Bedeutung, sondern bedroht die Existenz eines ganzen Volkes. Dieser Bedrohung ist die deutsche Staatsführung mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln entgegengetreten, indem sie ein Gesetz schuf, daß diese Menschen an der weiteren Vererbung ihrer krankhaften Anlagen hindert. Es ist dies das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933, nach dem an einer Erbkrankheit Leidende sterilisiert werden.

Zu den einzelnen Erbkrankheiten ist folgendes zu sagen:

1) Angeborener Schwachsinn. „Unter angeborenem Schwachsinn ist jeder im medizinischen Sinne als deutlich abnorm diagnostizierbare Grad von Geistesschwäche zu verstehen, d. h. von Idiotie über die große Variationsbreite der Imbezillität bis hinauf zur Debilität" (Kommentar).*) Schwachsinn liegt schon vor bei einem Teilausfall im Bilde der Gesamtpersönlichkeit, wobei es gleichgültig bleibt, ob der Ausfall sich auf das Gebiet des Verstandes oder das des Charakters bezieht. Schwierig gestaltet sich die Diagnose bei den sog. Grenzfällen. Hier wird oftmals die Lebensbewährung eine Rolle spielen. Aber nicht immer kann hier die Aussage des Brotgebers bedeutsam sein, denn ein Ackerkutscher kann z. B. sein Leben lang wohl richtig vom Acker in die Scheune fahren, verdient vielleicht auch soviel, seine Familie ernähren zu können, ohne damit jedoch das Gegenteil der medizinischen Diagnose „Schwachsinn" zu beweisen, denn Berufsfähigkeit ist nicht gleichzustellen der Lebensbewährung. Darunter ist nicht die gewohnheitsmäßige ordentliche Verrichtung einfacher praktischer Dinge zu verstehen, sondern es muß im Entwicklungsgang des Betreffenden ein Aufstieg zu erkennen oder aber die Fähigkeit erwiesen sein, auf Grund eigener Überlegungen völlig selbständig arbeiten zu können. Ein Mensch muß also auf dem Gebiet des Verstandes als schwachsinnig bezeichnet werden, wenn er nicht imstande ist, eine nur durch Denktätigkeit zu

*) Kommentar zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

lösende Aufgabe, die nicht in seinem täglichen Arbeitsgang enthalten ist, einwandfrei erfüllen zu können; denn wir sehen ja bei debilen Leuten oft ein erstaunliches Zahlen- und Namengedächtnis, das Vorhandensein einer Menge allerdings unverarbeiteter Kenntnisse, die sie nicht anzuwenden verstehen. Auch bei Imbezillen finden wir häufig noch eine gute Orientierungsmöglichkeit in einfachen praktischen Verhältnissen, während die reine Verstandestätigkeit außerordentlich gering ist. Wesentlich bei der Beurteilung, ob Schwachsinn vorliegt oder nicht, ist also nicht der reine Ausfall an positivem Wissen, sondern die Prüfung muß sich darauf erstrecken, ob der Prüfling bildungsfähig ist oder nicht.

Der angeborene Schwachsinn scheint in erster Linie rezessiv vererblich zu sein. Weygandt gibt rezessive, doppelt rezessiv und geschlechtsgebunden rezessiv dihybride Erbgänge an, erwähnt aber auch dominante; jedoch ist die Frage des Erbganges noch nicht endgültig geklärt. Besonders ungünstig ist die Prognose für die Söhne schwachsinniger Mütter. Sind beide Eltern schwachsinnig, so ist mit etwa 90% schwachsinniger Nachkommenschaft zu rechnen. Angeboren Schwachsinnige haben nach A. Juda zu rechnen mit

(13) — 46% schwachsinnigen Geschwistern
(11) — 67% „ Kindern
18% „ Enkeln
10% „ Neffen
6% „ Großneffen.

Neuere Forschungen von Luxenburger kommen zu etwas niederen Zahlen:

		Imbezil in %	Debil in %	Schwach begabt in %	Summe in %
Beide Eltern schwachsinnig	Kinder	—	60	—	60
Ein Elter im bezill		11	8	10	29
„ „ debil		3	9	15	27
„ „ schwach begabt		—	5,5	5,5	11
		7		11	18
Alle Enkel Eltern unauffällig	Enkel	—	12	—	12
Ein Elter schwach begabt	Neffen und Nichten	—	7	7	14
„ „ unauffällig		6,9	1,5	5,5	8
Beide „ „		—	4,5	—	4,5
Durchschnitt		2		4	6

H. Kranz hat die Forschungsergebnisse über den angeborenen Schwachsinn zusammengestellt. Danach wird von der Landesunterrichtsbehörde Hamburg die Zahl der Schwachsinnigen auf 1 200 000 bis 1 645 000 geschätzt, als erblich bedingt davon 74,5%—92%. So wird die Mindestzahl der angeboren Schwachsinnigen mit 945 000—1 115 000 angegeben. v. Verschuer nimmt sogar an, daß bei vier Fünftel aller Schwachsinnigen der Schwachsinn erblich bedingt ist und nur bei ein Fünftel umweltbedingt. Er glaubt, „daß eine Ziffer von 1,5 bis 2 v. H. Schwachsinnigen für den Gesamtdurchschnitt eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist".

Als Ursache steht im Vordergrund die Erblichkeit mit 78% aller Fälle nach Brugger und Lokay, wie sie auch von allen anderen Autoren auf mindestens drei Viertel, also auf 75% geschätzt wird. Als weitere sichere Ursache wird angegeben das Geburtstrauma. Verschieden sind in ihrer Wertigkeit: „Syphilis und Alkoholismus, Röntgenisierung und endocrine Störungen der schwangeren Mutter, intrauterine Infektionen, toxische Keimschädigungen, Krämpfe, Rachitis, Zeugungsalter der Eltern". Abgelehnt werden als Ursachen Blutsverwandtschaft, Unehelichkeit, Milieuwirkung, Zeugung im akuten Rausch, Schreck und Gemütseindrücke und Sinnestäuschungen ohne geistige Defekte.

Entgegen den früheren Feststellungen, wonach die Schwachsinnigen eine besonders hohe Zahl von Kindern haben sollten, wird nach neueren in Großstädten und Hilfsschulen erhobenen Feststellungen von Luxenburger eine überdurchschnittliche Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen abgelehnt.

Schwierig ist die Beurteilung der Beziehungen zwischen Schwachsinn und anderen Erb- und Krankheitskreisen. So fanden Curtius und Speer in Familien mit multipler Sklerose 5,31%, Debile + 0,51% Idioten bei Geschwistern; Boeters in den Geschwisterschaften der Myotoniker 16,67% Schwachsinnige, bei neurospinalen Muskelatrophikern 9,6%. Eine sichere Beziehung scheint zwischen der Epilepsie und dem Schwachsinn zu bestehen, zwischen denen Conrad eine genotypische Korrelation annehmen zu können glaubt, weil unter den Geschwistern der Epileptiker prozentual der Schwachsinn häufiger ist als bei der Durchschnittsbevölkerung, obwohl er in seinem Zwillingsmaterial niemals bei dem einen Epilepsie, bei dem an-

deren Schwachsinn fand. Nach Franke sind 11,8—12,2% der Kinder genuiner Epileptiker schwachsinnig und 5,7% der Kinder der symptomatischen Epileptiker. Conrad gibt entsprechende Zahlen mit 16,5% bzw. 2,5% an. — Zwillingschaft prädisponiert nicht zum Schwachsinn. Der kretinistische Schwachsinn ist nicht als Erbkrankheit zu rechnen. — Eine Beziehung zur Schizophrenie, wie sie zwischen dieser und dem manisch-depressiven Kreis besteht, wird angezweifelt, eine Beziehung zum manisch-depressiven Kreis abgelehnt. Grundsätzlich abgelehnt wird auch die Wortblindheit als Ausdruck einer Imbezillität. Bei der Littleschen Krankheit faßt Geyer den Schwachsinn als durch die Anlage präformiert, aber exogen provoziert auf; schwachsinnige Littlekranke sind nur dann nicht zu sterilisieren, wenn die rein exogene Herkunft des Schwachsinns bekannt ist.

Interessant und von Bedeutung ist noch das Verhältnis zwischen Schwachsinn und Kriminalität. Nach Stumpfl finden sich bei Schwerverbrechern 29,69% Schwachsinnige

Leichtverbrechern 7,1 % „

Ungefähr in gleicher Höhe halten sich die Zahlen bei Fürsorgezöglingen und jugendlichen Kriminellen.

2) Schizophrenie. Sie „ist wohl keine einheitliche Krankheit, sondern eine Krankheitsgruppe von innerlich verwandten Krankheiten" (Kommentar), die sich in Sinnestäuschungen und Wahnideen äußern. Bei den Sinnestäuschungen sind es vor allem die Gehörstäuschungen in Form von Rauschen, Sausen und Klopfen; oft handelt es sich auch um Stimmen. Weiterhin bestehen Halluzinationen, besonders auf sexuellem Gebiet. Die Wahnideen äußern sich am häufigsten durch Verfolgungsideen und Beziehungswahn. Auch Größenideen und hypochondrische Wahnbildungen zeigen sich. Läppische Heiterkeit, Launenhaftigkeit, Fehlen von Ekel und Schamgefühl zeigen die Störungen des Gemütslebens an. Wir finden also Störungen der Assoziation, ein Verlust der psychischen Einheit, eine intrapsychische Ataxie durch die Zusammenhanglosigkeit von Vorstellung, Gefühl und Handeln. Die Krankheit kann sog. Remissionen aufweisen, in welcher Zeit der Kranke wieder so geordnet werden kann, daß er seiner früheren Beschäftigung nachgeht. Nach weiteren Schüben macht sich dann allerdings eine Veränderung in der Persönlichkeit bemerkbar. Häufig finden sich Mischungen mit anderen Erbkreisen, so daß es z. B.

oft nicht klar ist, handelt es sich um einen Schwachsinn oder um eine Schizophrenie. Auch die in der Involution auftretende Paraphrenie und die Paranoia wird heute vielfach zum schizophrenen Kreis gerechnet.

Ähnlich wie Kranz gibt auch Luxenburger einen Überblick über die Fortschritte in der Kenntnis vom schizophrenen und zyklothymen Kreis. Er faßt die gesicherten Ergebnisse folgendermaßen zusammen: „Die Erkrankung an Schizophrenie ist erblich bedingt. Der Genotypus vererbt sich wahrscheinlich rezessiv. Monomerie ist wahrscheinlicher als Polymerie. Die Gene sind in einem Autosom zu denken. Gonosomale Faktoren spielen keine Rolle. Die Penetranz der Gene ist nicht absolut groß, ihre Expressivität abgestuft. Der Genotypus unterliegt also erheblichen Manifestationsschwankungen. — Die verschiedenen heute bekannten klinischen Unterformen der Schizophrenie sind ohne selbständige erbbiologische Bedeutung. Sie müssen als Phänotypen eines Genotypus mit erheblicher Variabilität angesehen werden. Der heterozygote Zustand des Phänotypus kann sich manifestieren, und zwar in erster Linie in Form dessen, was wir in den Familien der Schizophrenen schizoide Psychopathie nennen".

Bei der Schizophrenie ist nach Gütt und Rüdin der Erbgang rezessiv. Lenz glaubt an Dominanz und rechnet dabei mit Unregelmäßigkeiten. Er vermutet, daß es auch rezessive Schizophrenien gibt. Unter Dominanz will Lenz hier nur verstanden wissen, „daß gewisse pathogene Erbeinheiten schon heterozygot das Bild einer schizophrenen Psychose bedingen oder doch mitbedingen können". Die Dominanz lehnt Luxenburger energisch ab, weil dagegen schon allein die geringe Zahl der Fälle spräche, in denen Schizophrene von kranken Eltern abstammen. Dieses Argument entkräftet Lenz, indem er darauf hinweist, daß Luxenburger selbst Manifestationsschwankungen annimmt. Gegen einen rezessiven Erbgang hat sich auch Ziehen ausgesprochen.

Die Erbprognose ist nach Gütt und Rüdin vom Verf. in folgende Tabelle gekleidet:

		Schizophren geisteskrank	Schizophrenähnliche Psychopathen	Abnorme Typen
Ein Elter schizophren Beide Eltern „	Kinder	16,4 % 53 %	17,6 % 29 %	22,6 %
Erkrankungswahrscheinlichkeit der Geschwister		7,5 % (11—12 % nach Luxenburger)	9,66 %	16,3 %
Enkel		2,42 %	4, 65 %	27 %

Gegenüber der Durchschnittsbevölkerung beträgt nach Luxenburger die Erkrankungswahrscheinlichkeit 0,85%, die Häufigkeit der schizoiden Psychopathen 2,9%. v. Verschuer hat „unter Berücksichtigung des Gefährdungsalters bei der Schizophrenie eine Häufigkeit für die deutsche Bevölkerung von rund 280 000 berechnet".

3) Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein. Darunter versteht man eine endogen bedingte, periodisch auftretende Geistesstörung, die gekennzeichnet ist durch eine Stimmungsanomalie, die in einer abnormen Heiterkeit oder abnormen Traurigkeit ihren Ausdruck finden kann. Danach unterscheidet man manische und depressive Phasen. Letztere kennzeichnen sich durch starke Verstimmungszustände, oft verbunden mit Suicidversuchen, veranlaßt durch Wahnideen. Die Äußerung sowie der Verlauf der Erkrankung ist außerordentlich wechselnd und oft schwer von anderen Erbkreisen zu unterscheiden und zu trennen. Zur Frage der Sterilisation ist z. B. bei der Entscheidung, ob es sich um eine Schizophrenie oder zirkuläres Irresein handelt, nur erforderlich, daß eine der beiden Krankheiten mit Sicherheit vorliegt, und die Sterilisation kann angeordnet werden.

Erhebliche Fortschritte in der Erbforschung dieses Kreises sind nach Luxenburger seit dem Jahre 1933 nicht gemacht worden. Es wurde festgestellt, daß die Manisch-Depressiven ebenso fruchtbar sind wie die andere Bevölkerung. Über den Erbgang sind neue Erkenntnisse nicht gewonnen worden. „Man konnte annehmen, daß es sich um einen kompliziert gebauten Genotypus handeln müsse, der sich aus dominanten und rezessiven Faktoren zusammensetzt. Ob ein Teil der Gene im Geschlechtschromosom zu denken ist, ließ nicht nicht entscheiden.

Mit Manifestationsschwankungen mußte gerechnet werden, doch konnte man über ihre Größe nichts aussagen" (Luxenburger).

Die Erbkraft ist nach Gütt und Rüdin bedeutend. Etwa 25% der Kinder manisch-depressiver Einzeleltern sind wieder manisch-depressiv, 13—14% zykloide Psychopathen, 13% abnorme Typen. Bei Erkrankung beider Eltern sind 90—100% der Kinder geistig abnorm. Unter den Geschwistern sind manisch-depressiv 13,5%, unter Vettern und Basen 2,5% und unter Neffen und Nichten 2,4%, während die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Durchschnittsbevölkerung 0,44% beträgt.

4) Erbliche Fallsucht ist nach Gütt und Rüdin „eine übergeordnete Krankheitsgruppenbezeichnung wie etwa Schizophrenie. Der Aufbau der Diagnose folgt über die ärztliche Klarstellung des Anfalls und aller anderen für Epilepsie sprechenden Krankheitszeichen". Diese sind die Aura, Zungenbisse, tonisch-klonische Krämpfe, Cyanose, reizbare, gespreizte Persönlichkeit. Epileptiforme Anfälle, d. h. in der noch häufig gebrauchten Wendung „Epilepsie aus exogenen Ursachen" oder „symptomatische Epilepsie", können hervorgerufen werden durch traumatische Hirnschädigungen, Hirngeschwülste, Encephalitis, Meningitis, Epithelkörpererkrankung, Hirnvergiftungen, Hirnsyphilis. Dabei ist zu bemerken, daß die Anfälle von Jackson-Typ nicht immer und unbedingt gegen das Vorhandensein einer erblichen Fallsucht sprechen. Auch kann oftmals gerade durch eine bestehende Epilepsie im Krampfanfall ein Unfall geschehen, wobei später sich wiederholende Anfälle auf den gehabten Unfall zurückgeführt werden. Die Latenzzeit zwischen Trauma und Krankheitsbeginn kann bis zu Jahrzehnten dauern. H. Geyer nimmt mit Lange an, daß in den meisten Fällen von traumatischer Epilepsie eine anlagemäßig erhöhte Krampfbereitschaft vorliegt. Bekannt ist auch das Auftreten epileptiformer Anfälle bei Wurmerkrankungen. So berichtet Geyer in seinem Referat über ein Kind, dessen Krämpfe nach Abgang von Hunderten von Spulwürmern nicht mehr auftraten, und von einem Schuster, der nach Abtreibung eines Botriocephalus latus 14 Jahre lang anfallsfrei blieb.

Die Prädilektionszeit ist das 2. Lebensjahrzehnt, Auftreten im 3. Lebensjahrzehnt oder in der Schulzeit ist nach Pohlisch noch nicht atypisch. „Für die Monate nach der Geburt sind

die, meist harmlosen, Stäupchen auszuschließen, in den ersten Lebensjahren die Blitz- und Grußkrämpfe, der Spasmus rotatorius und nutans als Ausdruck andersartiger Hirnerkrankungen, etwa von Mißbildungen. Differential-diagnostisch wichtig ist ferner noch die Tetanie der Kleinkinder.

Die Erbkraft ist nach Gütt und Rüdin eine große. So ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Geschwister an Epilepsie 3%, an epileptoider Psychopathie etwa 19%, an anderen abnormen Typen 16%. Die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Durchschnittsbevölkerung beträgt nach Braun 0,1—0,5%, nach Luxenburger 0,3%.

Für die Anzeige zur Sterilisation ist ausschlaggebend, daß eine Person an epilepsieähnlichen Anfällen leidet. Grundsätzlich sterilisiert wird jede Person, bei der die Diagnose genuine Epilepsie feststeht, ohne daß eine erbliche Belastung nachgewiesen zu werden braucht.

5) Huntington'sche Chorea. Sie ist eine verhältnismäßig seltene Erkrankung. Sie tritt hereditär oder familiär auf und beruht auf innerer Anlage. Die Erkrankung soll meist im 4. oder 5. Lebensjahrzehnt auftreten, doch teilt Panse mit, daß auf Grund großen Erfahrungsmaterials es als sicher feststeht, daß auch Kinder an einer Chorea Huntington erkranken können. Sie sei erst spät als solche wegen ihres atypischen Gepräges erkannt worden, weil bei den Erkrankungen der Kinder pallidäre Starrezustände häufig sind. Die Chorea wird gekennzeichnet durch eine Hyperkinese, die bis zu krampfähnlichen Zuständen führen kann, sich aber beschränken kann auf Zuckungen in nur einzelnen Muskelgebieten. Auf psychischem Gebiet führt die Erkrankung oft zu Schwachsinn. Auch Wahnideen und Trugwahrnehmungen werden beobachtet. Als Frühsymptome werden angegeben zentrale, meist rheumatisch aufgefaßte Schmerzen, Hautjucken ohne dermatologischen Befund, Laschheit und Unbeteiligtheit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Reflexdifferenzen, Ungeschicklichkeit bei komplizierten Bewegungen, erotisches, egoistisches, empfindsames Verhalten u. a.

6) Erbliche Blindheit. Darunter verstehen wir „eine Unfähigkeit zum Sehen, die sich etwa mit der Invalidität von seiten der Augen deckt" (Kommentar) d. h. also Verlust von zwei Drittel der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dabei ist zu betonen, daß der Verlust nicht schon

im Augenblick der Prüfung bestehen muß, sondern schon die Tatsache, daß Gründe vorhanden sind, die zu einer solchen Schwachsichtigkeit führen, genügt zur Sterilisation.

Als stets erbliche Augenerkrankungen haben nach Grebe zu gelten: Retinitis pigmentosa, Mikrophthalmus Aniridie, Albinismus, Lebersche Opticusatrophie, Maculadegeneration. Fast immer erblich sind: Cataracta congenita, Hydrophthalmus, Glioma retinae, Keratokonus. In einer dritten Gruppe führt er Erkrankungen auf, bei denen Erblichkeit sicher nachgewiesen werden konnte: Glaukom des Erwachsenen, Alterskataract, Myopie, Ablatio retinae ohne Myopie, Amblyopie.

7) Erbliche Taubheit. „Unter erblicher Taubheit sind die Ohrenleiden zu verstehen, welche auf Grund erblicher Anlagen ohne äußere Ursache im Laufe des Lebens zu Taubheit oder mit Taubheit gleichzusetzender Schwerhörigkeit führen und vor oder während des fortpflanzungsfähigen Altersabschnittes einwandfrei festgestellt sind" (Kommentar). Man unterscheidet 3 Formen der erblichen Taubheit, die sporadische Taubheit (rezessiv), die Innenohrschwerhörigkeit (dominant) und die Otosclerose (dominant und rezessiv). Zum Zweck der Sterilisation ist der Erbgang auf jeden Fall nachzuweisen und Sterilisation erst möglich, wenn bei einem Blutsverwandten gleichfalls Taubheit festgestellt worden ist. Jedoch wird im Kommentar von 1936 hervorgehoben: „In einzelnen Fällen", bei der rezessiven Form, „wird von einem Familiennachweis abgesehen werden können, wenn die Untersuchung keinerlei Anzeichen für eine exogene Verursachung erbringen kann, die Diognose vollkommen klar ist und Merkmale im körperlichen Befunde (Stirnform, Augenbrauen) gegebenenfalls noch hinzukommen". Dazu berichtet Langenbeck, daß zur Entscheidung einer erblichen rezessiven Taubheit das Vorhandensein des symmetrischen Restgehörs herangezogen werden kann. Er und auch später Wirth in Heidelberg fanden in etwa vier Fünftel aller erblichen Fälle symmetrisches Restgehör. 1937 bestätigte Scheideker in Bonn dasselbe. Sie alle fanden bei sicher erworbener Taubheit keinen Fall mit symmetrischem Restgehör bei ungestörter Vestibularfunktion. — Durch äußere Ursachen hervorgerufene Taubheit entsteht z. B. bei Unfällen, besonders bei Schädelbasisbrüchen, ferner durch syphilitische, entzünd-

liche Krankheiten, durch von der Nachbarschaft fortgeleitete Entzündungen.

8) Schwere erbliche Körperliche Mißbildung. „Eine körperliche Mißbildung ist jede während der fötalen Individualentwicklung zustande gekommene oder auch nur angelegte, aber bei den Entwicklungs-, Wachstums- und Reifevorgängen oder in den seltenen Fällen auch erst später sichtbar werdende Veränderung des Körpers, welche außerhalb der Variationsbreite der Art gelegen ist" (Gütt und Rüdin). Dabei ist zu bemerken, daß mehrere Mißbildungen, die jede einzeln für sich noch nicht ausreichend sein würde zur Sterilisation, zusammen das Bild einer schweren körperlichen Mißbildung geben. Die sterilisationspflichtigen Erkrankungen sind im Kommentar zum Gesetz wie folgt zusammengestellt:

a) Systemerkrankungen
   1. Osteogenesis imperfecta
   2. Chondrodystrophia foetalis
   3. Dysostosis cleido-cranialis
   4. Marmorknochenkrankheit
   5. Primordialer oder steleiotischer Zwergwuchs
   6. Multiple kartilaginäre Exostosen

b) Heredo-degenerative Nervenkrankheiten und konstitutionelle Muskelanomalien
   1. Syringomyelie
   2. Friedreichsche Ataxie
   3. Neurale progressive Muskelatrophie
   4. Hereditäre spastische Spinalparalyse
   5. Progressive Muskeldystrophie

c) Erblich erwiesene Mißbildungen charakteristischer Ausprägung
   1. Spalthand, Spaltfuß
   2. Sprengelsche Deformität
   3. Kongenitaler Fibuladefekt
   4. Phokomelie.

Für alle hier nicht aufgeführten Mißbildungen muß, wenn ihr Grad eine Sterilisation zuläßt, der Nachweis der erblichen Belastung erbracht werden.

9) Schwerer Alkoholismus. Unter schwerem Alkoholismus verstehen wir einen Alkoholmißbrauch auf Grund einer schweren psychopathischen Degeneration. Nicht entschei-

dend ist der allgemeine Rauschzustand und das Verhalten während desselben oder die Menge des genossenen Alkohols, sondern ausschlaggebend ist das Verhalten und das Zustandsbild, das der Betreffende nüchtern bietet. Weiter wird gefordert, daß er nicht nur für sich allein, sondern im Rahmen seiner Sippe betrachtet wird, da die Familien schwerer Alkoholiker fast immer minderwertig sind. Im übrigen genügt schon z. B. ein Anfall von Alkoholhalluzinose, um einen ausreichend begründeten Antrag auf Sterilisation stellen zu können. Für die Vererbung minderwertiger Eigenschaften des Alkoholikers gibt es eine Reihe recht ungünstiger Belastungsstatistiken. So fand Bonhoeffer über 70% Psychopathen und psychisch Abnorme bei Gewohnheitstrinkern, Pohlisch 85%, darunter 10% Epileptiker, Schwachsinnige und Depressive. Ribakow gibt die Belastungsziffer sogar mit 88,8% an. Im Kommentar werden folgende klinische Formen unterschieden: „Der Alkoholismus mit pathologischen Rauschzuständen und atypische pathologische Räusche (schwere Erregungszustände, gefährliche Räusche, Dämmerzustände); echte endogene Dipsomanie (Quartalssäufertum) auf Grund epileptischer, manisch-depressiver oder auch andersartiger psychopathischer Verfassung, die aus diesen Gründen zu Angst, Unruhe und unsinnigen Trinkausschreitungen führt; der Eifersuchtswahn des Trinkers; die Alkoholepilepsie, die der Ausdruck von langdauerndem Alkoholmißbrauch ist; der Alkoholwahnsinn (Alkoholhalluzinose)."

Eine Gruppe von Menschen, die bisher von dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses noch nicht erfaßt sind, obwohl sich häufig auch bei ihnen feststellen läßt, daß ihre Minderwertigkeit eine Folge von Minderwertigkeit früherer Generationen ist, sind die Asozialen. Schröder teilt sie in 5 Gruppen ein. Er unterscheidet die Kriminellen, Süchtigen, Prostituierten, Verwahrungsbedürftigen und Arbeitsscheuen. Unter diesen 5 Gruppen befindet sich eine große Zahl von Gewohnheitsverbrechern mit nachgewiesener vererblichen Anlage zur moralischen Minderwertigkeit, ohne daß eine Möglichkeit besteht, sie von der Fortpflanzung auszuschalten, da meist bei ihnen keine Erbkrankheit im gesetzlichen Sinne vorliegt, und sie so nicht unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nach-

wuchses fallen. Einige am Frauenzuchthaus in Jauer gemachte Beobachtungen des Verf. mögen zur Erläuterung dienen:

I. A. H. 28 Jahre alt, verheiratet, hat in ihrer Jugend keine besonderen Krankheiten durchgemacht. In der Schule ist sie leidlich mitgekommen, nur einmal sitzen geblieben. Einspännertum, interessierte sich für Musik. Später als Arbeiterin tätig. Sie gibt zu, immer sehr eitel gewesen zu sein und ihr Geld nur für Kleidung ausgegeben zu haben. Sie heiratete mit 23 Jahren einen Zuhälter, der sie zur Prostitution veranlaßte und oftmals verkuppelte. Menarche mit 14 Jahren, keine Onanie, erster Geschlechtsverkehr mit 17 Jahren. 1929 an Lues, 1932 an Go. erkrankt. Keine Vorstrafen, jetzt Zuchthaus wegen Anstiftung zum Totschlag. Jähzornig, reizbar, macht äußerlich einen ruhigen, intelligenten Eindruck.

1 Bruder A. A., 27 Jahre, 6 mal vorbestraft, sitzt jetzt im Zuchthaus wegen Totschlags; Psychopath, leidet an Krampfanfällen.

Ein 2. Bruder A. A ist sterilisiert, wegen Zuhälterei vorbestraft.

1 Schwester, Th. A. vereh. B., vor 3 Jahren an offener Lungentuberkulose verstorben, war Prostituierte, sterilisiert; hatte Lues, deren Kind leidet ebenfalls an Lues.

Eine 2. Schwester, R. A. vereh. S., reist mit Zigeunern.

1 Halbschwester, G. A., war in Fürsorgeerziehung und soll einen unsittlichen Lebenswandel geführt haben.

3 Schwestern sind angeblich gesund und nicht asozial.

2 Geschwister sind an „Kinderkrämpfen" gestorben.

Die Mutter der Prob.,[1]) O. A. geb. R., 62 Jahre alt, leidet an Epilepsie. Über andere Mitglieder der mütterlichen Familie ist weiter nichts bekannt.

Der Vater der Prob.,[2]) Th. A., 60 Jahre, war viermal in der Landesheilanstalt (Hysterie und Psychopathie), ist vorbestraft wegen Körperverletzung und Brandstiftung, erhielt den Schutz des § 51. 1 Bruder des Vaters, A. A., leidet an degenerativer Psychose und Alkoholismus, vorbestraft wegen Totschlags.

Ein 2. Bruder des Vaters A. A. ist für dauernd in einer Irrenanstalt interniert.

Ein 3. Bruder des Vaters, E. A., ist vorbestraft, treibt sich herum, von Beruf Musiker.

---

[1]), [2]) Probandin

Eine Schwester des Vaters, E. A. vereh. N., hatte Fürsorgeerziehung, führte einen unsittlichen Lebenswandel.

Der Vater des Vaters war Trinker, dessen einer Bruder war ebenfalls Trinker und vorbestraft, ein 2. Bruder in einer Irrenanstalt.

Ein Antrag auf Sterilisation der Prob. wurde abgelehnt!

II. M. M., 31 Jahre alt, angeblich pathologische Geburt, lernte zur Zeit laufen, war die ganze Schulzeit hindurch Bettnässerin bis zum 14. Lebensjahr. Sehr unregelmäßiger Schulbesuch bis zum 12. Jahre. Wurde viel geprügelt, da sie Geld fortnahm und Naschwerk dafür kaufte. Nach der Schulzeit immer zu Hause gewesen, hat keinen Beruf erlernt. Mit 20 Jahren Fürsorgeerziehung, onanierte in dieser Zeit. Mit 21 Jahren Menarche und erster Geschlechtsverkehr. Dabei erwarb sie eine Go. Mit 22 Jahren Prostituierte. 3 Jahre später ging sie mit einem Freund „auf die Walze". Lues. Vorbestraft: 1 mal Haft, 10 mal Gefängnis, 2 mal Zuchthaus.

1 Schwester B. M. vereh. M., 34 Jahre, bestraft wegen Blutschande mit eig. Vater.

1 Schwester, M. M., starb an den Folgen einer Abtreibung.

1 Bruder, F. M., 43 Jahre, 2 mal vorbestraft wegen Diebstahls. Der Vater der Prob., A. M., Trinker, beging Selbstmord, als er wegen Blutschande verhaftet werden sollte.

Ein Bruder des Vaters, 49 Jahre, hatte Geschlechtsverkehr mit der Prob. Die Mutter der Prob. war unterleibskrank und litt an Asthma.

Ein Antrag auf Sterilisation wurde nicht gestellt, da keine Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes vorlag.

III. H. G. 39 Jahre alt, angeblich 7-Monatskind, lernte erst mit 2 Jahren laufen, die ganze Schulzeit über Bettnässerin. Kurz vor Beginn der Schulzeit epileptische (?) Anfälle, später nie mehr aufgetreten. Geringe Schulkenntnisse. Hing sehr an der Mutter. Sie war immer langsam, zerstreut. Außerordentlich sparsam. 1921 Heirat. Der Mann trieb sich viel mit anderen Frauen herum, ließ durch sie Diebstähle ausführen. 13 Vorstrafen wegen Ladendiebstahls. 3 Suicidversuche. — Menarche mit 15 Jahren. Keine Onanie, Frigidität. Neigung zu Affektausbrüchen, Verstimmungen. Sprache und Bewegungen lebhaft.

2 Schwestern wegen Diebstahls vorbestraft, Sicherungs-

verwahrte. Die Mutter litt an Epilepsie, auch deren eine Schwester, die außerdem wegen Diebstahls vorbestraft war.

Der Vater, G. B., Trinker, immer äußerst reizbar, Selbstmordversuch.

1 Bruder und 1 Schwester des Vaters waren Trinker, der Bruder vorbestraft.

1 „Kusine" des Vaters ist wegen Diebstahls vorbestraft.

Die G. wurde m. W. wegen Schwachsinns sterilisiert.

Während im letzten Falle der Schwachsinn deutlich erkennbar war durch ein völliges Fehlen der Urteils- und Kritikfähigkeit, machten sich diese Zeichen bei den beiden zuerst genannten Personen nicht ohne weiteres bemerkbar. Im Falle I. handelt es sich sogar um eine nach normalen Begriffen recht intelligente Person, der eine eigene richtige Beurteilung ihres Verhaltens zugemutet werden kann. Es handelt sich hier sicher um einen Fall moralischer Minderwertigkeit, wie auch bei II, auf psychopathischer Grundlage. Zweifellos bestehen bei diesen Personen schwere Ausfälle im Bilde einer zu fordernden Gesamtpersönlichkeit, die im Gegensatz zu den reinen Formen des Schwachsinns noch weitaus gefährlicher sich auswirken können. Auch Lenz ist der Ansicht, daß für das soziale Leben die Psychopathen weit bedeutungsvoller sind als die eigentlichen Geisteskranken. Thiele glaubt, daß die Erbprognose der asozialen Psychopathen nicht günstiger zu stellen sei als die der schweren Alkoholiker, und er meint, daß „bei Einbeziehung der asozialen Psychopathen in das Sterilisierungsgesetz das generationsweise Auftreten von Vagabunden, Landstreichern und Kriminellen in der gleichen Familie dann allmählich der Vergangenheit angehören". Staemmler zitiert in seinem Buch: „Rassenpflege im völkischen Staat" ein Beispiel einer asozialen Sippe, das von Oberreichsanwalt Ebermayer berichtet wurde. Danach lebten von einer im Jahre 1810 geborenen Trinkerin im Jahre 1893 nicht weniger als 894 Nachkommen. „Unter diesen waren 181 Dirnen, 142 Bettler, 76 schwere Verbrecher, 7 Mörder, 40 saßen im Armenhaus." Das ist 50% minderwertige Nachkommenschaft. Ein anderes Beispiel wird nach Staemmler von Mrs. Anable berichtet. Auch in diesem Falle handelt es sich um die Nachkommen einer Trunksüchtigen. Von 800 waren 700 wenigstens einmal bestraft, 342 Trinker, 127 Dirnen, 37 zum Tode verurteilte Mörder. Das bedeutet schon weit über

50% minderwertige Nachkommenschaft. Ganz ungeheuerlich mutet das dann noch angeführte Beispiel der Familie Juke an. In dieser Familie waren in der fünften Generation alle Frauen Prostituierte und alle Männer Verbrecher.

Diese Beispiele zeigen deutlich, wie hier moralische Minderwertigkeit zur Gefahr wird und zwar nicht so sehr für den Einzelnen, als gerade für die Gemeinschaft. Unter diesen Umständen halte ich die Forderung für berechtigt, moralisch Minderwertige bei nachweisbarem familiärem Vorliegen von moralischer Minderwertigkeit zu sterilisieren.

Wir haben in einem kurzen Überblick von den Wandlungen gehört, denen die Anschauungen vom Wesen der Krankheit und ihrer Ursachen unterworfen waren. Immer wieder wurde der vergebliche Versuch unternommen, alle Krankheiten aus einem einheitlichen Prinzip heraus zu erklären. Es gelang weder der Humoral- noch der Solidarpathologie, weder der Physik noch der Chemie, weder dem Animismus noch dem Vitalismus. Auch die Zellularpathologie befriedigte nicht auf die Dauer, da in ihr die Krankheit lediglich an der Zelländerung und nicht am gesamten Individuum orientiert war. Erst die folgende Generation bezog das Krankheitsgeschehen auf den Einzelnen und setzte es außerdem in Beziehung zur allgemeinen Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus ging die Entwicklung weiter, und wir müssen nach unseren heutigen Kenntnissen einen Teil der Erkrankungen nicht nur auf das einzelne Individuum, sondern auf die Erhaltung der Rasse beziehen. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, die Erbkranken an der Fortpflanzung zu hindern und sie zu sterilisieren. Das große Heer der Asozialen und Psychopathen, das auch zum Herabsinken des rassischen Niveaus eines Volkes beiträgt und in seinem Umfang zahlenmäßig noch garnicht recht erfaßt werden kann, muß ebenfalls seines Einflusses auf die Erhaltung des Volkes entkleidet und an der Weiterfortpflanzung gehindert werden. Es ist daher zu fordern, daß zumindest alle Kriminellen, deren erbliche Minderwertigkeit feststeht, oder die wenigstens 3 Vorstrafen aufweisen, sterilisiert werden. Krankheit kann dem Einzelnen Schicksal bedeuten, darf es aber nie einem Volke.

Literaturnachweise:

Albrecht, E.: Krankheit. Frkft. Zeitschr. f. Pathol. 1907.
Der Amtsarzt, Berlin 1936.

Bauer, J.: Konstitutionelle Dispositionen zu inneren Krankheiten. 3. Aufl. Berlin 1924.

Baur-Fischer-Lenz: Menschliche Erblehre. 4. Aufl. München 1936.
Der öffentliche Gesundheitsdienst (ö.G.) im Deutschen Reiche 1937.

Geyer, H.: Die Epilepsien, Fortschritte der Erbpathologie, Rassenhygiene und ihrer Grenzgebiete (F. d. E. R. G.), Leipzig, I. Jahrg. Heft 2. Oktober 1937.

Gütt-Rüdin-Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, 2. Aufl., 1936.

Gütt: Gesundheits- und Rassenpflege als Grundlage der Staatspolitik, ö. G. Heft 13, 1938.

Grebe: Die Häufigkeit der erblichen und nichterblichen Blindheitsursachen. Der Erbarzt, 1938, Nr. 2.

Honigmann, G.: Geschichtliche Entwicklung der Medizin, München 1925.

Horsters, H.: Grundriß der klinischen Diagnostik, Berlin 1936.

Kranz, H.: Drei Jahre Erbforschung über den angeborenen Schwachsinn (1935—1937). F. d. E. R. G. I. Jahrg., Heft 4, April 1938.

Lange, J.: Kurzgefaßtes Lehrbuch der Psychiatrie, 2. Aufl., 1936.

Langenbeck, B.: Begutachtung erblicher Taubheit. Der Erbarzt, 1937, Nr. 5.

Lenz, F.: Wer wird schizophren? Der Erbarzt, 1937, Nr. 11.

Liniger, H., Weichbrodt, R., Fischer, A. W.: Handbuch der ärztlichen Begutachtung, 1931.

Luxenburger, H.: Fortschritte im schizophrenen und zyklothymen Erbkreis, F. d. E. R. G., I. Jahrg., Heft 2, Oktober 1937.

Meyer-Steineg- und Sudhoff: Geschichte der Medizin, Jena 1922.

Müller-Scholtes, H.: Das Kausalproblem im medizinischen Sachverständigengutachten, ö. G. Heft 7, 1938.

Oldemeyer, E.: Kassenarzt und Krankenversicherung. Berlin 1937.

Panse, F.: Chorea Huntington, F. d. E. R. G., II. Jahrg., Heft 1, Juni 1938.

Reichardt, M.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 3. Aufl., 1923.

Ribbert, H.: Die Lehren vom Wesen der Krankheiten. Bonn 1899.

Rössle, R.: Innere Krankheitsbedingungen (Aschoff, Lehrbuch der pathologischen Anatomie). Jena 1923.

Schröder, E. A.: Beitrag zur Erfassung der Asozialen, ö. G. Heft 11, 1937.
Schwalbe, E.: Vorlesungen über Geschichte der Medizin. 3. Aufl., Jena 1920.
Schweighäuser, F.: Krankheit im Sinne der reichsgesetzlichen Krankenversicherung. Deutsches Ärzteblatt, Heft 5.
Siemens, H. W.: Vererbungslehre, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik. München/Berlin 1937.
Staemmler, M.: Rassenpflege im völkischen Staat. München/Berlin 1937.
Thiele: Zur Frage der asozialen Psychopathen, ö. G. Heft 11, 1938.
Virchow, R.: Die Cellularpathologie. Bonn 1871.

Lebenslauf.

Am 19. Januar 1908 zu Berlin als Sohn des Regierungsoberinspektors Heinrich Müller und seiner Ehefrau Marie geb. Döhring geboren, besuchte ich von meinem 6. Lebensjahre an das Kaiserin-Augusta-Gymnasium, danach die Leibniz-Oberrealschule in Berlin-Charlottenburg und von der Prima ab die Oberrealschule in Berlin-Zehlendorf, an der ich Ostern 1927 mein Abitur bestand. Danach studierte ich an den Universitäten Berlin und Heidelberg Medizin. Das medizinische Staatsexamen bestand ich im Jahre 1935 in Berlin und erhielt am 2. November 1936 meine Bestallung als Arzt. Nach bestandenem Staatsexamen war ich ein Jahr am Städt. Krankenhaus zu Rathenow als Medizinalpraktikant tätig, nach erlangter Bestallung an der 2. inneren Abteilung des Städtischen Robert-Koch-Krankenhauses zu Berlin. Seit dem 1. April 1937 bin ich als vollbeschäftigter Hilfsarzt am Staatlichen Gesundheitsamt in Jauer tätig.